LORENZO ACERRA

Quando, come e perché ricorrere alle

VACCINAZIONI

ISTRUZIONI PER L'USO

VACCINAZIONI

- INFANTILI CON CALENDARIO
- ADULTI
- ANIMALI DOMESTICI
- REAZIONI
- I PRO E I CONTRO

MALATTIE INFETTIVE

- IMMUNITÀ NATURALI
- COME DIFENDERSI
- LE MALATTIE DI OGGI



DEMETRA

Lorenzo Acerra

Quando, come e perché ricorrere alle

VACCINAZIONI

Istruzioni per l'uso

DEMETRA

Redazione e impaginazione a cura di: Stradiotti Ilaria

ISBN 88-440-2490-6

Prima edizione: gennaio 2002

Ristampa	Anno
6 5 4 3 2 1 0	2006 2005 2004 2003 2002

Stampato dalle Grafiche BUSTI S.r.l.
Colognola ai Colli (Verona)

Sommario

Capitolo 10
VACCINAZIONI PER ANIMALI DOMESTICI

Capitolo 11
RIFERIMENTI LEGISLATIVI SULLE VACCINAZIONI

Introduzione

Scopo di questo manuale è presentare tutte le situazioni in cui oggi vengono usati i vaccini e fornire gli elementi essenziali perché il lettore possa, di volta in volta, prendere le decisioni migliori ***per la salute*** *relativamente a malattie infettive e vaccini.*
Descriveremo quali sono le caratteristiche delle malattie infettive di oggi, come e se è possibile preparare l'organismo alle vaccinazioni, i passi per una corretta procedura vaccinale, cosa si può fare di fronte alla malattia infettiva oltre ai vaccini, come interpretare e gestire le reazioni ai vaccini, i motivi per vaccinare e quelli per non vaccinare.
Prima di sviscerare l'argomento, faremo una panoramica storica sulle epidemie del passato e i primi vaccini, vedremo come cambia la suscettibilità alla malattia infettiva, cosa ci si deve aspettare dall'immunità artificiale e cosa dall'immunità naturale. In pratica, cercheremo di rispondere al quesito: c'è un criterio per scegliere quando usare i vaccini e quando no, oppure si possono usare sempre?
Dopo una dettagliata carrellata sulle malattie infettive di oggi, affronteremo specifici argomenti dei quali spesso il cittadino italiano è all'oscuro o dei quali non conosce perfettamente la legislazione e le conseguenze.
Un capitolo è dedicato a ciò che devono fare e le precauzioni che devono prendere i genitori che non vogliono vaccinare, alla luce della rimozione nel 1999 dell'ostacolo all'ammissione a scuola (DPR n. 355 del 26 gennaio 1999) per i non vaccinati.
Numerosi sono infatti i danni da vaccino, come spiegato nel capitolo 7 in cui si sottolineano anche i punti chiave di un percorso pieno di ostacoli e perché

in Italia c'è un numero di riconoscimenti di danni da vaccini inadeguato rispetto a ciò che sta verificandosi nella realtà (100 volte inferiore ai casi riconosciuti in Germania).
Non sono da trascurare le vaccinazioni per gli adulti, tra le quali quelle per i militari, che sono un'altra categoria, dopo i neonati, soggetti a forte pressione di vaccinazioni, e gli animali domestici.
L'appendice sui riferimenti normativi rappresenta una guida ragionata semplice e completa sull'evoluzione delle leggi in merito ai vaccini e delle decisioni della magistratura. A proposito delle vaccinazioni obbligatorie, Donato Greco, dell'Istituto Superiore della Sanità, ha affermato ("La Repubblica" del 22 giugno 2000) che «La prevenzione non è un evento da carabiniere, ma una scelta vissuta in modo partecipe e cosciente da parte dei cittadini» e che bisognerà aggiornare le disposizioni attuali in modo da «Non trascinarsi procedure e leggi protettive che di fatto non servono più».

CAPITOLO 1

Due secoli di vaccinazioni

1.1 Le epidemie del passato

Con la concentrazione di una larga percentuale della popolazione nelle città ha inizio, nella storia dell'umanità, la piaga delle epidemie infettive, prima con lebbra e peste, poi con tifo, colera, vaiolo, tubercolosi ecc. Si avvia un'epoca in cui l'agente infettivo combatte alla pari con le difese immunitarie dell'uomo urbanizzato, il quale si trova a vivere in condizioni ambientali anomale, con carenza di igiene, acqua potabile e con cibo spesso avariato.
L'elevata densità abitativa, l'abbandono di rifiuti e di materiale organico inquinante, la convivenza con animali domestici e da allevamento risultano fattori determinanti per la propagazione dei microrganismi patogeni e delle relative epidemie. L'assoluta mancanza di metodi per purificare le riserve d'acqua fa sì che i pozzi diventino la principale sorgente di contagio di microrganismi patogeni.

Migliore qualità della vita

La storia ci insegna che, usando le vaccinazioni, la medicina ha arginato le epidemie. In realtà per la mortale peste e per la allora temuta scarlattina non è mai esistito un vaccino, ma questi pericoli endemici si sono estinti comunque, grazie a una maggiore attenzione alle condizioni igieniche e a forme di profilassi diverse da interventi vaccinali.
Per esempio, nel Medioevo, quando gli uomini erano costretti a convivere compressi tra le mura delle città, la lebbra era un ospite abituale. Nel momento in cui essi ebbero a disposizione più spazio e le città si allargarono ol-



tre le mura, la lebbra scomparve. Così accadde anche per la peste che per trasmettersi aveva bisogno della pulce e dei ratti. In tempi remoti il letto era considerato un oggetto per privilegiati e la maggior parte della popolazione, nelle baracche di terracotta, dormiva per terra e sul fieno dove i ratti erano ospiti abituali. Con la costruzione di case di pietra e l'entrata in uso per tutti i ceti sociali dei letti, che sollevarono gli uomini da terra, i ratti sparirono dalle camere da letto e la peste regredì.
Ancora un altro esempio di regressione delle malattie per le migliorate condizioni di vita lo troviamo in tempi relativamente recenti in Germania e in Inghilterra.

La mortalità infantile ad Amburgo, infatti, raggiunse un picco nel 1892: dall'inizio del secolo si erano succedute un'epidemia di tifo (1825), un'epidemia di vaiolo (1842), un'altra grande epidemia di vaiolo (1871), un'epidemia di colera (1892). Il tasso di mortalità infantile scese dal 35% nel 1892 al 16% alla fine del 1893 e da allora si è rilevato un regresso continuo, tranne che nei periodi relativi alla Prima e Seconda Guerra Mondiale. Che cosa era successo nel 1892 ad Amburgo? Qualcuno aveva inventato il vaccino contro la mortalità dei neonati? Niente di tutto questo. Semplicemente dal 1892 in poi si iniziò la filtrazione con sabbia dell'acqua proveniente dal fiume Elba e ciò prevenne ulteriori scoppi di epidemie infettive mortali.
Descrivendo l'epidemia di vaiolo di Gloucester (1895) l'ufficiale sanitario inglese Hadwen scrive: «Risalii a 2.000 casi, visitando le case a una a una. Il vaiolo era confinato essenzialmente alla parte a sud della città, dove non c'era via di uscita per la fogna. Le tubature in questo nuovo distretto erano state messe frettolosamente, senza base di cemento e senza cementare le



Mortalità dei neonati ad Amburgo tra il 1821 e il 1964. Fonte: Seelmann K., *Decorso delle più importanti malattie infettive ad Amburgo tra il 1870 e il 1964,* (in) "Muench med. Wschr.", n. 108, 1966, pag. 144.

giunture tra i tubi. C'era stato un periodo senza pioggia e le riserve d'acqua si erano esaurite. Non era più possibile far fluire o sciacquare la fogna e le condutture di scolo di acqua lurida si erano intasate. Quando, dopo la fine dell'epidemia, fu effettuata un'indagine, le tubature furono trovate essere rotte da tutte le parti; l'intero distretto in pratica non era nient'altro che un'enorme distesa che funzionava da fogna a cielo aperto. Dalle mie indagini era risultato che il primo caso di vaiolo in ognuna delle strade risaliva sistematicamente alla casa più vicina al pozzo di scarico fognario. (...) In una strada con 114 case, queste erano rifornite con acqua dichiarata, dai responsabili comunali, contaminata alla fonte con acque luride, e poiché non c'era portata e pressione sufficiente per i bagni, questi non venivano mai sciacquati, le loro tubature fognarie si ostruivano e il contenuto veniva scaricato a mano, periodicamente, in un piccolo spazio ricavato nel giardino della casa. (...) Un sesto dell'intera epidemia si verificò nello spazio di tre strade. In una strada il liquido lurido entrava nelle cantine delle case e le condutture fognarie delle strade, intasate, dovettero essere aperte nel bel mezzo dell'epidemia. Finalmente, dopo un po', ritornò la pioggia. Lavò l'aria, sciacquò le fogne e gli scoli fognari, e così l'epidemia si estinse. I consiglieri comunali che si candidarono alle successive elezioni furono senza eccezione spazzati via da una popolazione di votanti infuriati contro loro e i "vaccinazionisti". La nuova gestione comunale ricostruì nel distretto colpito dall'epidemia un sistema fognario che potesse avere questo nome, a un costo di 30.000 sterline; altre 20.000 sterline furono spese per correggere i difetti igienici e fognari delle singole abitazioni. Da allora il vaiolo non è più tornato. Del resto a Sheffield, durante l'epidemia di vaiolo del 1887 con 7.000 casi, il 99,2% della popolazione era stata precedentemente vaccinata, con la percentuale più alta mai raggiunta in Gran Bretagna. Andai anche a Middlesbrough, durante la grande epidemia del 1898. Visitai ogni cortile di ospedale, ogni casa e quartiere colpiti dal vaiolo: i tuguri nei quali si verificavano, le condizioni antigieniche e di sovraffollamento, stessa storia come dalle altre parti che ho già descritto!» (Hadwen S., 1923).

Oltre 100 anni fa in Inghilterra, all'epoca delle epidemie di vaiolo, autorevoli figure quali George Bernard Shaw, il filosofo Herbert Spencer, il biologo evoluzionista Alfred Russel Wallace furono i rappresentanti di un movimento di pensiero, cui le classi più povere diedero voce sul campo, che vedeva nell'istituzione delle vaccinazioni di massa un pretesto delle autorità per sottrarsi alla responsabilità di una carente politica sociale e sanitaria di reale

prevenzione, con la convinzione che un migliore tenore di vita del popolo e migliori condizioni igieniche avrebbero da sole evitato le epidemie.
Il vaccino per il vaiolo era stato reso obbligatorio in Gran Bretagna nel 1853 e nel 1867 furono previste gravi punizioni per chi non si fosse sottoposto alla vaccinazione. Eppure nel solo periodo 1870-71 (17 anni dopo l'inizio della campagna vaccinale) 23.000 inglesi morirono di vaiolo. La Germania, in pochi anni a partire dal 1871, registrò 125.000 morti da vaiolo, e ciò 35 anni dopo un regime di vaccinazione forzata stabilito per legge, che aveva costretto a vaccinare tutti i neonati, rivaccinare i bambini all'inizio delle scuole, poi di nuovo alla scuola secondaria, quindi ogni adulto sano che entrava per la leva nell'esercito veniva vaccinato di nuovo. L'*Enciclopedia Britannica* (9ª edizione) riporta che dei 30.742 casi di vaiolo in Baviera nel 1871, 29.429 si erano verificati in persone vaccinate. Le autorità sanitarie tedesche, dopo gli eventi epidemici tragici che iniziarono nel 1871, furono costrette a ricercare le cause delle epidemie. Fu attuata una serie di provvedimenti igienici rivolti a migliorare la salute pubblica (riguardanti fognature, acqua, rifiuti ecc.), oltreché la filtrazione dell'acqua dei fiumi per uso civile nelle città e le grandi epidemie non ritornarono più.
L'obbligo delle vaccinazioni si abbatté sulla popolazione in modo opprimente e deleterio, con la maggior parte delle persone aventi entrambe le braccia con una decina di punti di inoculazione. Un ispettore scolastico dell'epoca narra che, avendo chiesto agli alunni perché Mosè fosse stato lasciato sulle rive del Nilo dalla madre, si sentì rispondere da un bambino: «Signore, la madre non voleva che glielo vaccinassero?».

I meriti attribuiti alle vaccinazioni vanno dunque condivisi con quelli derivanti dall'evolversi dei sistemi igienici e fognari dei grandi centri abitati. Tali argomentazioni non potrebbero essere più attuali relativamente ai Paesi in via di sviluppo: un rapporto dell'UNICEF precisa che «Nel mondo una persona su cinque non dispone sempre di acqua pura e di condizioni igieniche accettabili». Eppure la stessa UNICEF assegna il 45% dei fondi alle vaccinazioni, mentre solo il 17% è destinato all'acqua e all'igiene.
A chiunque abbia fatto l'esperienza di viaggiare nelle aree rurali di Paesi del Terzo Mondo, le cause comuni del cattivo stato di salute pubblica saranno apparse in tutta la loro drammaticità: le primitive condizioni igieniche delle zone sovrappopolate, la mancanza di acqua potabile e di cibo ben conservato per tutti, bambini che nascono da madri malnutrite. A questo proposito ricordiamo il monito lanciato da Hadwen nel 1923 per l'epidemia infet-

tiva di allora: «Ogni volta che c'è trascuratezza nell'igiene e misure sanitarie, come una bufera sradica un fuscello, così il vaiolo non si ferma davanti alle vaccinazioni, proprio come la febbre tifoide ignora il relativo vaccino durante la guerra e in simili situazioni».

1.2 Vulnerabilità delle malattie infettive

> «Una generazione fa ogni singola persona viveva in contatto quasi giornaliero con il bacillo tubercolare, eppure aveva un'elevata possibilità di vivere una vita normale e creativa. Cioè la presenza dei germi patogeni può portare la malattia, ma di solito non lo fa. Il mondo è ossessionato, ed è naturale che sia così, dal fatto che la poliomielite può uccidere e mietere vittime sfortunate ogni anno. Ma la cosa più straordinaria, anche se meno drammatica, è il fatto che milioni su milioni di bambini hanno contratto il poliovirus in tutte le parti del mondo, eppure non ne hanno ricevuto danno.»
>
> prof. R. Dubos, *Mirage of Health*, Harper Ed., New York 1938

Nel 1936 scoppiò un piccolo caso di polio nelle Filippine. Guardando i dati più da vicino, si scopre che 16 dei 17 pazienti coinvolti a Manila erano soldati americani. Nel 1945, di nuovo, vengono riportati altri 246 soldati americani vittime di polio nelle Filippine. In totale, la poliomielite è stata la principale causa di morte tra le truppe americane nelle Filippine! Eppure le statistiche rivelano che non sono mai state osservate epidemie di polio tra i nativi delle Filippine.

Perché dunque la malattia è apparsa confinata alle truppe americane? La poliomielite è scoppiata anche tra le truppe americane in Giappone e ciò, come nel caso delle Filippine, nonostante non ci fossero nello stesso periodo epidemie di polio tra bambini o adulti nativi del posto. Anche in Cina, nell'estate del 1946, scoppiò un'epidemia di polio tra i Marines americani che presidiavano Tientsin. 4 uomini morirono, uno rimase gravemente paralizzato e almeno altri 25 ebbero attacchi non paralitici. Da notare che non ci furono casi di polio tra i nativi del luogo nello stesso periodo. La vulnerabilità degli americani è maggiore di quella della popolazione orientale?

La vulnerabilità nella civiltà moderna

Come abbiamo detto, le migliori misure sanitarie hanno aiutato nel prevenire malattie come tifo, colera, malaria e tubercolosi, perché sono state introdotte tecniche di purificazione delle acque, conservazione del latte, risanamento delle paludi, corretti sistemi fognari. Per la poliomielite, invece, Sabin dice che «Le epidemie si sono verificate con frequenza e gravità più elevata proprio in quelle nazioni nelle quali l'igiene e lo sviluppo sanitario hanno fatto i passi in avanti maggiori» (Sabin, 1947). L'immunità personale fa parte di un problema complesso in cui sono molteplici i fattori interagenti, soprattutto di origine ambientale, come l'igiene delle condizioni di vita e di lavoro, e una sana alimentazione (Brioschi e Donzetti, 1976). L'alimentazione costituisce il fattore decisivo in un'ampia gamma di malattie infettive umane (Cheraskin, 1977).

Allora vediamo un po': i cinesi avevano un'alimentazione a base di riso, i soldati americani eccedevano nel consumo di zuccheri. Durante tutta la guerra, quando lo stato del conflitto lo permetteva, i soldati americani potevano consumare gelati, biscotti, bevande gassate (zuccherate), dolci e via dicendo, non avevano abbandonato le loro cattive abitudini alimentari neppure in quelle terre lontane! L'arrivo delle attrezzature per fare i gelati seguiva a ruota quello delle attrezzature belliche. Il convincimento dei responsabili militari era che «I nostri uomini si sarebbero sentiti più a casa e non avrebbero sofferto di nostalgia se fossero stati reperibili i dolci». Così i medici vedevano «Truppe che consumavano enormi quantità di tavolette di dolci o cioccolata, avendo perso interesse per le monotone razioni K e C».

È noto che un eccessivo consumo di zucchero è seguito da iperglicemia e ipoglicemia, cioè prima elevato e poi basso livello di glucosio del sangue. A lungo termine una simile alimentazione porta all'esaurimento delle ghiandole surrenali, con una conseguente cronicizzazione di bassi livelli di glucosio nel sangue. Diciamo questo perché il dott. Sandler nel 1941 sostenne che una situazione di mancato aggiustamento di bassi livelli di glucosio nel sangue non solo è un fattore di suscettibilità alla poliomielite, ma alle più comuni infezioni respiratorie e alla tubercolosi. «Durante un'epidemia di polio, solo quei bambini o adulti che sono soggetti a lunghi periodi di bassi livelli di glucosio nel sangue contrarranno la malattia e non gli altri che, sebbene sono in contatto con il virus, mantengono livelli di glucosio nel sangue normali e dunque protettivi.» Sandler scrisse un libro a questo proposito e passò alla dimostrazione pratica della sua tesi.

A quel tempo era già noto che i soli animali che potevano contrarre la polio

con inoculazione sperimentale del virus erano le scimmie. Tutti gli altri animali di laboratorio erano completamente resistenti al poliovirus. Il coniglio era uno di questi animali resistenti. È noto che i livelli del glucosio nel sangue delle scimmie possono facilmente scendere fino 50 mg, mentre per i conigli non sono mai stati osservati livelli sotto i 100 mg. Per verificare che la resistenza dei conigli al poliovirus era dovuta a ciò, al dott. Sandler non restava che abbassare il glucosio nel sangue a valori subnormali con iniezioni di insulina e quindi inoculare il coniglio con il poliovirus. Questo fu fatto e fu trovato che i conigli sviluppavano l'infezione e la malattia. I dettagli di questi esperimenti furono pubblicati sulla rivista "American Journal of Pathology", nel gennaio 1941. Alcuni conigli mostrarono i segni dell'infezione da 8 a 10 ore dopo l'inoculazione.
I conigli sono anche resistenti a inoculazioni del virus del cimurro dei cani. Uno dei più importanti centri di ricerca del mondo stava conducendo esperimenti proprio su questo negli anni '40. Sandler informò i suoi colleghi ricercatori dei suoi risultati e li invitò a inoculare il virus del cimurro nei conigli dopo aver abbassato il glucosio nel sangue con insulina. Così fecero e per la prima volta al mondo un coniglio sviluppò la malattia del cimurro canino.
Questo eloquente esperimento indica che **basso glucosio nel sangue può causare suscettibilità a molte infezioni**. Questa era la risposta del dott. Sandler al dilemma evidenziato da Dubos, cioè che il contrarre il virus per contagio può o non può dar luogo alla malattia. Il sangue costituirebbe una specie di barriera, un livello di difesa, e fin quando questo è stabile, il germe patogeno non può essere traghettato nell'organismo, non sono possibili invasioni e quindi malattie infettive.
Nel paragrafo "Sostegno nutrizionale essenziale" a pag. 40 vedremo altri fattori di difesa dalle infezioni quali vitamina C e A e trattamento con cloruro di magnesio (tutti correlabili con questa teoria della suscettibilità). Per il momento rileggiamo la relazione pionieristica del dott. Sandler: «Dagli esperimenti sui conigli ho dedotto che, in presenza di basso glucosio del sangue, il virus è capace di viaggiare dalle membrane di superficie ai tessuti centrali nervosi persino in poche ore. (...) Quei casi di polio che progrediscono rapidamente fino a paralisi completa e morte sono quelli in cui c'era stato un abbassamento prolungato dei livelli di glucosio del sangue. I casi abortiti di polio sono stati quelli in cui un abbassamento moderato di glucosio del sangue aveva avuto una breve durata e così solo piccole quantità del virus avevano raggiunto il sistema nervoso centrale, causando una qualche infiammazione, ma non la paralisi. In questi casi abortiti l'organi-

smo poté ripristinare i normali livelli di glucosio velocemente così da prevenire una invasione significativa del virus e quindi anche danni alle cellule del sistema nervoso».

Il dott. W.J. McCormick (1942), durante le epidemie di polio a Toronto, annotò le abitudini alimentari dei suoi pazienti e poté così rilevare che coloro che consumavano larghe quantità di zuccheri diventavano le vittime dell'epidemia.
Epidemie di polio non sono mai state riportate tra i nativi delle nazioni con un bassissimo consumo di zucchero come, per esempio, la Cina. Il dott. Grice, medico inglese che rimase a Tientsin per 25 anni, riportò che mentre egli vedeva non infrequentemente casi di polio paralitico tra i bambini delle colonie degli stranieri, tra i cinesi non ne erano mai stati visti.
Il virus Ebola, mortale negli uomini, è onnipresente nelle scimmie ed è innocuo per questa specie animale. Nel 1990 la produttrice di vaccini Biocine di Siena dovette uccidere tutte le scimmie provenienti dalle Filippine, perché stavano morendo per il virus Ebola. Le scimmie non sviluppano la malattia infettiva Ebola, a meno che... e qui possiamo fare riferimento agli esperimenti di Sandler (polio e cimurro in conigli) o anche a qualsiasi cosa abbiano potuto subire le scimmie dall'allontanamento dal loro ambiente naturale o dal contatto con i laboratori farmaceutici. Di sicuro ci rimane il concetto di vulnerabilità.

1.3 Immunità da vaccino

L'obiettivo dell'inoculazione del vaccino è quello di stimolare l'organismo a reagire con una produzione di anticorpi nel sangue, così da creare uno stato di immunità artificiale che, a seconda dei casi, dura per mesi o anni. L'anticorpo si lega nel sangue all'agente patogeno, riuscendo in alcuni casi a eliminarlo direttamente, in altri casi la sua presenza ne facilita l'eliminazione.

L'invenzione di Edward Jenner

L'esperimento che portò alla nascita dei vaccini è noto a tutti dalla storia: Jenner, medico inglese di campagna, inoculò nel 1796 a James Phipps pus di vesciche di vaiolo bovino. Dopo un anno iniettò vaiolo umano nel ragazzo senza che questi contraesse la malattia! Jenner aveva ottenuto nella pratica ciò che aveva postulato teoricamente. Esponendo il paziente a una forma at-

tenuata dell'agente infettivo, questo avrebbe sviluppato una reazione difensiva nel sangue senza la malattia vera e propria, e quindi sarebbe stato immune da attacchi successivi.
Quando Jenner fu ricoperto di gloria e di onorificenze per questo esperimento, la sua convinzione però era che l'immunità creata con il suo vaccino durasse per tutta la vita. Pochi anni dopo egli dovette ammettere che l'iniezione dava l'immunità solo per 5 anni.
I vaccini sono usati oggi come forma di prevenzione per un'ampia gamma di malattie infettive, non solo a protezione dell'uomo, ma anche di numerose specie animali. A seconda dei casi si inoculano virus o batteri, uccisi o vivi, o le loro tossine, oppure, nella forma chiamata di **immunità passiva**, le gammaglobuline (anticorpi) sviluppate dal cavallo esposto al tetano.

I vaccini non sono la panacea a tutti i mali

Nel secolo scorso, un po' troppe aspettative sono state create intorno alle vaccinazioni. I fatti occorsi a Napoli all'epoca del colera (1973) dimostrano come gran parte della popolazione, ignorando che la causa di tale epidemia risiedesse nella dimenticanza di elementari norme sanitarie, fosse pronta a riversarsi negli ambulatori, ansiosa di essere vaccinata, nella speranza di mettersi al riparo dal contagio.
Se le vaccinazioni fossero un meccanismo infallibile ed efficace in qualunque situazione, allora staremmo parlando non di una tecnica medica, ma di una panacea delle malattie infettive. Potremmo vaccinare contro tutto, dal raffreddore all'AIDS. La salute sarebbe ridotta a una questione di vaccini, sarebbe pianificabile e quantificabile in base al numero e tipo di vaccinazioni applicate.
Nella pratica ci sono situazioni per le quali esiste un vaccino e situazioni per le quali non esiste. Per esempio, nessuno vaccina più per il virus del raffreddore, da quando negli anni '60 furono sperimentati su bambini i vaccini delle più comuni infezioni delle vie respiratorie. Questi non solo fallivano nell'evocare un'efficace protezione immunitaria verso infezione e malattia, ma talora, nei soggetti vaccinati colpiti da infezione naturale, provocavano una esacerbazione delle forme cliniche rispetto a quelle normali dei non vaccinati.
Se i vaccini fossero una panacea universale, come quando hanno debellato il vaiolo, allora questo bene dell'umanità potrebbe essere usato finalmente anche per gli allevamenti animali, dove le epidemie infettive apportano veri e propri disastri. E invece gli allevatori continuano a contare i danni e le perdi-

te da malattie infettive. Per fare un esempio, non esiste alcun dubbio sull'inutilità e sulla pericolosità della vaccinazione contro l'afta epizootica bovina. Nel 1993 tale vaccinazione non solo fu vietata nei Paesi membri della Unione Europea, ma fu impedita anche l'importazione di animali vaccinati o di prodotti animali da zone in cui si effettuava la vaccinazione.
Spesso l'immunologo deve fermarsi davanti a questa situazione: i vaccinati sviluppano i livelli previsti di anticorpi, ma la malattia si sviluppa comunque in essi (Allan, 1973; Polk, 1980; James, 1988; Dettmann, 1977).

La funzione dei macrofagi

La produzione di anticorpi è vero che è operata dall'antigene (virus o batterio), ma a volte è mediata/coordinata dall'attivazione dei macrofagi. Questi avrebbero la funzione di fagocitare l'antigene in prodotti idonei a stimolare l'attivazione delle cellule competenti, oppure di elaborare gli acidi nucleici che informerebbero le cellule competenti a sintetizzare anticorpi specifici persino più efficaci. Il metodo di iniettare il vaccino nel sangue serve a produrre una significativa concentrazione di anticorpi circolanti, ma non stimola la reazione fagocitaria – l'altra faccia del sistema immunitario – con i macrofagi, i linfociti, gli IgA, insomma le difese attivate dall'organismo durante la malattia prima ancora di produrre gli anticorpi specifici.
Molti vaccini usati nella pratica veterinaria vengono somministrati facendoli inalare all'animale. Ciò permette lo sviluppo di una migliore immunità. In questo caso il vaccino stimola anche la componente fagocitaria, attraverso il contatto dell'agente patogeno con le mucose e l'animale può mostrare i sintomi nelle vie respiratorie, cioè una forma attenuata di malattia. Più semplicemente se si fosse inoculato il virus del vaccino, questi sintomi fastidiosi si sarebbero potuti evitare, ma l'immunità ottenuta non sarebbe stata sufficiente. Un'antica pratica di alcune tribù dell'India (secondo cui esisteva una divinità del vaiolo) consisteva nel raccogliere l'agente patogeno del vaiolo in un batuffolo e avvicinarlo al naso per ottenere la vaccinazione.
Dunque, la semplice equazione "anticorpi = immunità" può essere considerata al massimo un'approssimazione, e ciò anche alla luce di un'altra osservazione. Da decenni è noto, infatti, che bambini il cui organismo non è in grado di produrre per niente anticorpi (patologia denominata "agammaglobulinemia"), dopo aver contratto il morbillo o altre malattie infettive, riescono comunque a guarire e ad avere dopo la guarigione un'immunità permanente.
Ciò ci consente di affermare che l'efficacia del sistema immunitario non è quantificabile solo in base agli anticorpi nel sangue. James (1988) riporta

«Individui notevolmente resistenti alla malattia con concentrazioni estremamente basse di anticorpi e individui che svilupparono la malattia che avevano un alto livello di anticorpi». Allan (1973) riporta che, nonostante individui vaccinati per la rosolia avessero sviluppato il previsto livello di anticorpi, l'80% di essi contrassero la malattia quando furono successivamente esposti al contagio.

Per concludere...

Il prof. W. H. Manwaring (1979) esprime un punto di vista estremo: «Il posto di rilievo che gli anticorpi e la loro produzione rivestono nella medicina odierna non è giustificato né dai risultati puntualmente fallimentari nella difesa dalle malattie infettive, né nei miei 20 anni di ricerca quale professore di Batteriologia e Patologia della Stanford University». D'altro canto, se fosse vero l'esatto opposto, cioè che l'immunità è solo una questione di stimolare lo sviluppo di anticorpi nel sangue, allora i vaccini potrebbero essere usati con successo dappertutto.
Brioschi e Donzetti (1976) fanno una osservazione rilevante sull'uso di vaccini: «Appare evidente che il sistema vaccinale non costituisce quello scudo protettivo che si è soliti attribuirgli; bisogna riconoscere però che esso esercita un'innegabile funzione tranquillante sulla popolazione, almeno nella misura in cui non sono di dominio pubblico i suoi effetti negativi».

1.4 Che cosa c'entra il morbillo con tutto ciò?

Il morbillo è un virus essenzialmente del tratto respiratorio che, una volta inalato dalla persona vulnerabile, si sottopone a 10-14 giorni di incubazione e moltiplicazione silenziosa, asintomatica: dapprima nelle tonsille e adenoidi, poi nei tessuti linfatici, infine passa nel sangue. Fagociti quali gli IgA sono attivi nel difendere l'organismo dall'invasione infettiva, dall'inizio alla fine, e risultano fondamentali nel processo di guarigione (Kimman, 1989). Gli anticorpi specifici nel sangue (IgE, IgM), anch'essi neutralizzanti, intervengono solo quando la risposta difensiva locale e fagocitante si è consolidata. Il culmine del livello di anticorpi coincide proprio con il picco della sintomatologia.
È evidente che il processo di progressione di una malattia acuta come il morbillo, così come la sua guarigione, coinvolge una mobilizzazione generale del sistema immunitario, compresa l'infiammazione dei tessuti di ac-

cesso, l'attivazione dei leucociti e dei macrofagi, e una quantità infinita di altri meccanismi.
Una così splendida manifestazione non lascia dubbio che tali malattie siano in effetti l'esperienza decisiva della normale maturazione fisiologica del sistema immunitario nella vita di un bimbo sano in quanto, non solo il bambino che supera il morbillo non sarà più suscettibile a esso, ma anche perché una simile esperienza non può fare altro che preparare l'individuo a una reazione più rapida ed efficace a qualsiasi infezione che lo colpirà in futuro.
Il morbillo non richiede alcuna particolare terapia se non il riposo a letto, la somministrazione di liquidi per combattere la disidratazione causata dalla febbre, talco mentolato e bagni di amido per alleviare il prurito. Per quale motivo qualcuno dovrebbe creare un vaccino per fermare o ritardare questa importantissima fase di sviluppo del nostro sistema immunitario acquisita attraverso un'infezione naturale che causa una malattia lieve?
Prima della Seconda Guerra Mondiale quasi ogni bambino si ammalava di morbillo. I genitori ci tenevano che i figli, prima dell'età scolastica, avessero contratto il morbillo e se all'età di 6 anni questo non era ancora avvenuto, li mandavano a giocare con bambini infetti. Così facendo si evitava la perdita di troppe lezioni a scuola, oltre al fatto che si sapeva che, a quell'età, la malattia si manifestava senza complicazioni, mentre più avanti negli anni tutto sarebbe diventato più pericoloso.
Il dott. Gerhald Buchwald (autore di alcuni libri sui vaccini) ricorda a questo proposito: «Mia nonna un giorno disse: "Il bambino l'anno prossimo andrà a scuola e non ha fatto ancora il morbillo". Di conseguenza fui mandato a giocare con un bambino malato di morbillo, che immediatamente mi infettò. Mia nonna mi mise a letto e mi fece degli impacchi umidi intorno ai polpacci. Abbassava la luce in camera e mi portava tante cose buone da bere e da mangiare, curandomi con affetto: e dopo pochi giorni era passato il morbillo».

L'introduzione del vaccino

L'età tipica dei pazienti affetti da morbillo, prima dell'introduzione del vaccino, andava dai 5 ai 9 anni. Dopo l'introduzione del vaccino, il 64% dei soggetti colpiti aveva più di 10 anni. L'età media durante un'epidemia di morbillo che ci fu nel 1981 all'Università della California era stata di adulti di 20-24 anni, dei quali il 91% era stato vaccinato contro la malattia.
I primi vaccini antimorbillo furono somministrati tra il 1963 e il 1967 su un milione di bambini americani. Poco tempo dopo l'introduzione di questi vaccini, i bambini cominciarono a sviluppare forme di morbillo atipico, da

una parte una forma subdola, resistente al trattamento, dall'altra una forma leggera con la comparsa di chiazze rosse minuscole o addirittura senza chiazze. Queste forme atipiche hanno l'effetto di provocare malattie croniche di tipo degenerativo.
Abbiamo già visto che anticorpi prodotti nel sangue non sempre equivalgono a non contrarre la malattia. Nel 1984 il Ministero della Sanità degli Stati Uniti dichiarò a tal proposito: «Un bambino che si trova in uno stato di sensibilizzazione immunologica, ma non è ancora immune, è per così dire in uno stato di immunizzazione inadeguata», cioè c'è la prevista risposta con anticorpi al vaccino, ma questa non basta per prevenire la malattia.
I responsabili sanitari statunitensi, alla luce del sole, rispondevano al fallimento del vaccino per il morbillo, e al conseguente fallimento del concetto stesso di vaccinazione, chiedendo di vaccinare di più. E furono accontentati.
Nel 1989 fu creato un tipo di vaccino per il morbillo altamente concentrato e quindi potenzialmente immunizzante più a lungo o meglio. Raccomandato dalla OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), fu sperimentato sia su 1.500 bambini di un quartiere di Los Angeles che su bambini del Messico, Haiti e Africa (Hussey, 1996). Fu rilevato che i bambini iniettati con tale prodotto stavano morendo in gran numero. Le bambine africane, cui nell'esperimento fu somministrata una dose doppia rispetto a quella dei bambini, avevano una mortalità significativamente maggiore di quella dei bambini. Nel 1992 l'OMS ritirò tale vaccino dal mercato.

La soppressione delle difese immunitarie dopo la vaccinazione

Per capire cosa successe, bisogna sapere che un aspetto assolutamente certo e riscontrabile in tutte le vaccinazioni consiste nella **soppressione post-vaccinale delle difese immunitarie**, con un massimo di caduta dei livelli di linfociti 10 giorni dopo l'inoculazione. Questa fase, riconosciuta universalmente negli ambienti scientifici, di fatto non è quasi mai indicata ai genitori dei bambini. L'insistenza di questa fase imporrebbe infatti una visita molto attenta ai soggetti da vaccinare per evidenziare eventuali forme morbose in atto o in incubazione, che potrebbero aggravarsi o manifestarsi proprio in conseguenza della vaccinazione (vedi capitolo 4, "Reazioni ai vaccini", a pag. 45).
Il super vaccino creato per il morbillo nel 1989 risultò causare una super soppressione (da 6 mesi a 3 anni) del sistema immunitario. Il noto fenomeno dell'effetto depressivo del sistema immunitario fu cioè accentuato dalla particolare formulazione del vaccino.

La letteratura medica ci dà indicazioni puntuali sul fatto che i vaccini possono aumentare l'incidenza delle stesse malattie che dovrebbero prevenire. La capacità del vaccino antipertosse di stimolare l'inizio di una polio paralitica era nota sin dal 1909. Nell'epidemia di polio in bambini della penisola araba dell'Oman, secondo la rivista britannica "The Lancet" (1990), la vaccinazione DPT ne fu la causa scatenante: tutte le 70 vittime (età 5-24 mesi) avevano ricevuto un'iniezione di DPT entro i 30 giorni precedenti la comparsa della malattia. La vaccinazione DPT aveva annullato la capacità di vincere il virus della polio del loro organismo. Alla fine degli anni '40 uno studio pubblicato su "American Journal of Public Health" evidenziò che su 1.300 casi di polio in bambini della città di New York, circa il 70% delle vittime aveva ricevuto la vaccinazione DPT nei due mesi precedenti la manifestazione della malattia.
Tenendo in mente queste informazioni capiamo ancora di più perché i vaccini non possono essere usati come una panacea per ogni malattia e ci apprestiamo ad analizzare le malattie infettive di oggi ricercando un uso mirato, intelligente e strettamente necessario dei vaccini.

CAPITOLO 2

Le malattie infettive dei vaccini di oggi

2.1 Morbillo

La malattia: malattia virale caratterizzata da un'infezione autolimitante di breve durata, di moderata gravità. Dopo un'incubazione di 9-11 giorni il morbillo si manifesta con febbre, sintomi a carico delle vie respiratorie tra cui raffreddore e tosse. Successivamente compaiono chiazze rosse, prima sul tronco, poi si estendono alle estremità inferiori. Dopo 2-3 giorni la febbre recede, l'eruzione cutanea scompare.

Stato della vaccinazione infantile: la vaccinazione, consigliata dal Ministero della Sanità tra i 15 e i 18 mesi, è facoltativa.

Note controindicazioni del vaccino: si veda quanto detto nelle controindicazioni a proposito della rosolia.

2.2 Rosolia

La malattia: nota anche come variante tedesca del morbillo, è una malattia non pericolosa nei bambini, che non richiede terapie mediche. I sintomi iniziali sono febbre e un leggero raffreddore accompagnato da mal di gola. Poi sul viso o sul cuoio capelluto appare un esantema (un'eruzione cutanea) simile a quello del morbillo (anche se le macchie non si uniscono come nel morbillo). Inoltre c'è la tumefazione non dolorosa dei linfonodi della nuca. Dopo 2-4 giorni scompaiono la sensazione di malessere, la

febbre e l'esantema; la tumefazione dei linfonodi scompare in 1-2 settimane. Il bambino affetto da rosolia dovrà riposare a letto e bere molti liquidi, ma non è comunque necessario alcun trattamento particolare.

Stato della vaccinazione infantile: vaccinazione non obbligatoria che, oltre a essere incoraggiata dal Ministero della Sanità ai 15 mesi di età, viene praticata nelle scuole su bambine di IV elementare.

Note controindicazioni del vaccino: è possibile che una persona che ha già avuto la rosolia ne venga colpita una seconda volta? No, a meno che questa persona, dopo aver superato la malattia e acquisito un'immunità permanente, non venga sottoposta al vaccino per la rosolia. Questo interferisce con gli anticorpi preesistenti, cancellandoli, e li sostituisce con anticorpi temporanei (immunità artificiale). Le campagne vaccinatorie a tappeto nelle scuole investono anche scolari che già hanno avuto la malattia: questo dovrebbe essere evitato, perché l'immunità artificiale creata col vaccino (che, ripetiamo, è temporanea) cancella l'immunità naturale definitiva precedentemente acquisita con la malattia naturale. Ciò vale per la rosolia, ma anche per il morbillo e la parotite.

2.3 Parotite

La malattia: frequente affezione virale dell'infanzia, relativamente innocua, che provoca la tumefazione di una o di entrambe le ghiandole salivari situate immediatamente dietro e davanti le orecchie (da cui il nome comunemente usato di "orecchioni"). I sintomi caratteristici sono una temperatura di 38-40 °C, inappetenza, mal di testa e dolore alla schiena. Il gonfiore delle ghiandole generalmente inizia a diminuire dopo 2-3 giorni e scompare verso il sesto o settimo giorno. Il bambino ammalato deve essere incoraggiato a rimanere a letto per 2-3 giorni, con alimentazione leggera e molti liquidi, eventualmente praticandogli impacchi di ghiaccio per ridurre il gonfiore.

Stato della vaccinazione infantile: la vaccinazione, consigliata dal Ministero della Sanità tra i 15 e i 18 mesi, è facoltativa.

Note controindicazioni del vaccino: secondo la circolare ministeriale n. 12 del 13 luglio 1999, la vaccinazione tripla ai 15 mesi MPR (morbillo, parotite, rosolia) andrebbe differita in caso di malattie acute, con o senza feb-

bre, ma con rilevante sintomatologia generalizzata, soprattutto per evitare la sovrapposizione della sintomatologia determinata dall'affezione in questione con quella di possibili eventi avversi legati alla vaccinazione.

2.4 Influenza

La malattia: si conoscono due famiglie principali del virus, il tipo A e il tipo B, ma ce ne sono molte varianti ("la russa", "l'asiatica", "l'australiana", "la cinese" ecc.). I tempi di preparazione delle scorte dei vaccini (6 mesi in anticipo) fanno dell'intero business della vaccinazione antinfluenzale una colossale partita a poker, dove si deve individuare entro fine marzo quale virus colpirà nella stagione invernale successiva.

2.5 Pertosse

La malattia: è un'affezione batterica contagiosa. Il bacillo della pertosse viene trasmesso per mezzo delle goccioline proiettate con la tosse e gli starnuti. Sono necessarie misure di isolamento del malato per evitare il contagio. Dopo un periodo di incubazione di 7-14 giorni si passa dai sintomi iniziali di raffreddore, svogliatezza, inappetenza e occhi lacrimosi a una tosse spasmodica, specialmente notturna, interrotta da inspirazioni numerose e stridenti. Nello stadio di remissione, di circa 2 settimane, la tosse diviene meno spasmodica e si attenua assumendo i caratteri di catarro bronchiale.

Stato della vaccinazione infantile: la vaccinazione è facoltativa in Italia. Viene incoraggiata sui bambini insieme alle obbligatorie effettuate ai 3, 6 e 11 mesi. Se non si vuole effettuarla, chiedere, invece del vaccino DPT (difterite, pertosse, tetano), quello DT senza la componente pertossica.

Note controindicazioni del vaccino: nel 1975 il Giappone decise di posticipare la vaccinazione antipertosse (particolarmente pericolosa) dal secondo mese di vita al secondo anno di vita e nel 1981 fu abolita del tutto. Così, a partire dal 1975, la mortalità nei primi mesi di vita si azzerò in tutta la nazione, ma aumentò l'incidenza di meningite al secondo anno di età (fino alla sospensione del vaccino nel 1981). Smith dimostrò l'esistenza della meningite da vaccino, dato che l'aumento del 400% di

incidenza di meningite avveniva sempre e dovunque iniziavano anche campagne vaccinali di pertosse. Parallelamente si verificavano aumenti del 400% di casi di paralisi cerebrali. È noto da tempo ai ricercatori (Ronneberger, 1973) che forti dosi di vaccino antipertosse possono venire impiegate per facilitare la comparsa di encefalomielite in topi e gatti da laboratorio.

2.6 Epatite B

La malattia: l'epatite è un'infezione a carico del fegato. Sintomi della malattia sono la comparsa di ittero, colore scuro dell'orina per la presenza di pigmenti biliari e colore cretaceo delle feci per la mancanza di pigmenti biliari.

Stato della vaccinazione infantile: l'Italia è l'unico Paese al mondo che prevede l'obbligo di vaccinazione antiepatite B, dopo che la Francia nel 1998 ha sospeso l'obbligatorietà di tale vaccino a causa dei gravi documentati effetti collaterali. Nel 1991, per far approvare l'obbligo vaccinale, l'allora ministro della Sanità De Lorenzo (che ha ammesso in Tribunale di avere preso 600 milioni di lire dalla casa produttrice del vaccino) dichiarava in Parlamento un'incidenza di 300.000 casi di epatite all'anno e 9.000 morti. Questi numeri risultarono però completamente immaginari, non confermati da nessuna fonte medica o scientifica: i dati ISTAT di quell'anno (1991) mostrano che i casi di epatite B erano 8.500 e i morti erano solo di epatite C (e questi appartenevano a gruppi specifici di soggetti a rischio: drogati, emofiliaci, alcolisti ecc.).

2.7 Polio

La malattia: dati epidemiologici mostrano che nel 95-98% delle persone che vengono in contatto con il virus della poliomielite la malattia non attecchisce. Inoltre, il 90-95% di questa frazione la contrae nella forma benigna che ha un decorso clinico con pochi sintomi. Nel 3-5% dei casi colpisce in forma "aparalitica", che pure guarisce spontaneamente senza lasciare traccia, anche se è un po' più noiosa della forma benigna e richiede, prima di andarsene, almeno 8 giorni. Tra lo 0,1 e l'1% si hanno i

sintomi tipici della poliomielite, principalmente nella forma di una paralisi spinale. I casi di polio paralitica sono diventati un fenomeno visibile statisticamente con l'introduzione delle vaccinazioni antipolio, in ogni singola nazione e secondo le relative modalità temporali. Negli ultimi decenni, negli USA si sono verificati fino a 5-10 casi all'anno di polio paralitica come conseguenza del vaccino Sabin, praticamente quasi il 100% dei casi di polio paralizzante.

Stato della vaccinazione infantile: nella pratica comune tre dosi di polio sono somministrate nel primo anno di età. La dose di polio del terzo anno non è obbligatoria come alcuni sostengono (vedi capitolo "Riferimenti legislativi sulle vaccinazioni" a pag. 107). Recenti indicazioni del Ministero della Sanità (decreto ministeriale del 7 aprile 1999) propongono di usare nelle prime due dosi il vaccino Salk, con virus spento (somministrato per iniezione). La terza dose va fatta con il vaccino Sabin, cioè con virus attenuato (pasticca da far deglutire).

Note controindicazioni del vaccino: un tipico effetto indiretto della vaccinazione è rappresentato da infezioni (di polio, meningite o altro) innescate dal vaccino impiegato. Infatti, questo produce una depressione linfocitaria e quindi una conseguente diminuzione della capacità di combattere le infezioni. Se il vaccino è inoculato durante il periodo di incubazione di una malattia infettiva o nel corso di una infezione latente, l'effetto della vaccinazione sarà quello di "provocare" la manifestazione clinica dell'infezione.

2.8 Tetano

La malattia: la tossina tetanica prodotta dal virus del tetano si diffonde per via ematica o per via linfatica al sistema nervoso. All'inizio si hanno spossatezza, brividi di freddo e insonnia; più tardi compaiono spasmi muscolari, che nei casi più gravi si estendono a tutto il corpo e possono portare a morte per paralisi dei muscoli respiratori e cardiaci. Un attacco precedente della malattia non conferisce l'immunità, cioè non si può chiedere al vaccino un'immunità artificiale che prevenga il tetano. Nei laboratori infatti si possono veder morire di tetano i cavalli superimmunizzati che servono alla produzione del siero antitetanico! Il siero antitetanico, noto anche come iniezione di gammaglobuline (o vaccino passivo, che è diverso dal vaccino

per il tetano), è quello che viene somministrato nel caso di ferite sospette e che conferisce una immunità passiva (ottenuta nel siero di cavallo), passeggera, che dura solo un paio di settimane.

Stato della vaccinazione infantile: la vaccinazione è obbligatoria per il neonato nel primo anno di vita (legge n. 292 del 5 marzo 1963).

Cura per il tetano: Delarue segnala (*Le tetanos*, 1982) alcuni casi di tetano guariti dal cloruro di magnesio: «Faccio sciogliere 5 g di cloruro di magnesio in 20 cc di siero fisiologico, sterilizzo il tutto e lo inietto in vena. (...) Mentre sto poi lavandomi le mani, il malato moribondo si mette a sedere, decontratto, come resuscitato. La sera gli inietto altri 5 g, 5 g il mattino seguente e 5 g la sera successiva. Il malato è guarito». In "Cahiers de Biotherapie" del settembre 1973 troviamo, firmata dal dott. Chevreuil di Nantes, la testimonianza di una serie di guarigioni da tetano ottenute con il cloruro di magnesio, somministrato per via endovenosa. Anche il dott. Chavanon segnala 5 casi di malati guariti con cloruro di magnesio e *nux vomica* (rimedio omeopatico).

2.9 Difterite

La malattia: affezione batterica, ormai quasi scomparsa, che era estremamente contagiosa e che si diffondeva con la tosse e gli starnuti delle persone infette. Dopo un periodo di incubazione di 2-5 giorni, i sintomi iniziali includono mal di gola, mal di testa, nausea e febbre alta. Con il progredire della malattia compaiono sulle tonsille e in gola macchie color bianco sporco.

Stato della vaccinazione infantile: in Italia la vaccinazione è obbligatoria nel primo anno di età (legge n. 891 del 6 giugno 1939).

CAPITOLO 3

Istruzioni per l'uso

3.1 Vaccinazioni infantili: il calendario

Trascorsi i primi tre mesi di vita del neonato i genitori ricevono la cartolina del distretto sanitario che li invita a iniziare le vaccinazioni. Il calendario delle vaccinazioni infantili, obbligatorie e facoltative, in Italia è il seguente:

	OBBLIGATORIE	FACOLTATIVE
3 mesi	Epatite B, polio, tetano, difterite (1ª dose)	Influenzale e pertosse
5 mesi	Epatite B, polio, tetano, difterite (2ª dose)	Influenzale e pertosse
11 mesi	Epatite B, polio, tetano, difterite (3ª dose)	Influenzale e pertosse
15 mesi		MPR (morbillo, parotite, rosolia)
3 anni	Polio (4ª dose)	
5-6 anni e 9 anni		Difterite e tetano
12 anni	Ciclo di tre dosi di vaccino epatite B	

Il piano sanitario nazionale prevede di coprire al 95% tutto il Paese con le vaccinazioni obbligatorie e quelle consigliate, ma la situazione è che, se in alcune parti d'Italia si arriva fino all'80%, ci sono altre zone in cui si raggiunge solo il 40% della popolazione (in alcune aree del Sud Italia, per esempio, per ammissione dello stesso Ministero della Sanità). La percentuale dei genitori che decide per convinzione personale di opporsi alle vaccinazioni infantili è del 3%.

3.2 I passi per una corretta procedura di vaccinazione

Essendo oggi la vaccinazione semplicemente una iniezione prescritta e somministrata in massa, il genitore che si reca dal pediatra per far vaccinare il figlio non si aspetta, né richiede, una grossa attenzione da parte del medico. C'è un calendario vaccinale da rispettare. Non c'è compilazione di rapporti o necessità di visite mediche, e se anche il genitore fa domande il medico lo rassicura sull'assenza di fastidi o rischi.
In realtà le vaccinazioni sono qualcosa in più di una scadenza da rispettare, sono una terapia medica. La legge stessa ci dice che: «Sono esenti dalle vaccinazioni, a giudizio dell'ufficiale sanitario, i bambini deboli, linfatici, gracili, nefritici, affetti da diatesi essudativa, cardiaci...» (decreto del Capo del Governo del 7 marzo 1940, art. 6). Questa norma, che modifica la legge sull'antidifterica del 1939, permette l'esonero per tale vaccino degli "almeno momentaneamente deboli", senza essere modificata dalle circolari ministeriali successive (circolare ministeriale del 10 settembre del 1991).
Un'altra normativa, il decreto ministeriale del 25 maggio 1967, all'art. 2 stabilisce che la vaccinazione «È temporaneamente sospesa nei confronti dei soggetti che presentano manifestazioni di malattia acuta, febbrile o diarrea».
Inoltre «La vaccinazione con il metodo Sabin deve essere distanziata di almeno 4 settimane da altra vaccinazione con virus vivo» (legge n. 51 del 4 febbraio 1966). Infatti è stato da sempre ben noto alla comunità scientifica l'effetto depressivo delle vaccinazioni sui linfociti, particolarmente quella dell'antipolio, con conseguente temporanea incapacità dell'organismo di combattere le infezioni e i virus. Per il vaccino attivo del tetano, il "New England Journal of Medicine" del 19 gennaio 1984 ha riportato una ricerca in cui si evidenziava una temporanea caduta, in ogni soggetto, delle concentrazioni di linfociti T a seguito della vaccinazione. La caduta più rilevante si è avuta fra il terzo e il quattordicesimo giorno postvaccinale.

Quindi attenzione quando i pediatri o i medici della AUSL asseriscono che si possa vaccinare comunque, anche se il bambino non sta bene. La maggior parte dei casi avversi si sono verificati proprio quando il genitore ha abbassato la guardia, quando ha lasciato al caso o alla superficialità i dettagli. I vaccini erano pericolosi e addirittura sconsigliati per i bambini deboli nel 1940 (vedi decreto del 7 marzo 1940) e lo sono ancora oggi. Essendo la vaccinazione una terapia medica come le altre, c'è bisogno che il genitore vigili e richieda al medico di applicare quelle cautele e procedure che nella medicina generalmente vengono rivolte a qualsiasi farmaco.

3.3 Comportamento e responsabilità del pediatra

Il pediatra che vaccina deve conoscere l'individuo su cui sta iniettando il farmaco, la sua storia clinica, la sua anamnesi familiare

Quando viene prescritto un farmaco, il medico deve tenere conto del presente stato di salute del paziente. Per le vaccinazioni, più che per molte altre terapie, gli atteggiamenti di superficialità sono ingiustificati e pericolosi.

I GIUDICI HANNO DECISO CHE...

La sentenza che riportiamo è relativa a un bimbo che aveva contratto la poliomielite paralitica a causa del vaccino Sabin. Il medico che aveva vaccinato e la assistente sanitaria sono stati condannati a pagare i danni ammontanti a oltre 3 miliardi di lire alla famiglia del piccolo. Il medico non aveva effettuato alcuna anamnesi né visita prevaccinale e non aveva quindi considerato una forte affezione febbrile che aveva colpito il bambino alcuni giorni prima della seduta vaccinale. Il bimbo aveva assunto farmaci e non era in condizione di ricevere la vaccinazione. Inoltre l'infermiera somministrava vaccinazioni anche senza che il medico vedesse i bambini e persino in sua assenza. È stata condannata in solido anche la AUSL di Casalmaggiore per non aver vigilato sul comportamento dei dipendenti. Questa sentenza crea un precedente. Infatti sono moltissimi (la quasi totalità) i medici che eseguono le vaccinazioni "in batteria", senza un minimo di controllo e di scrupolo (Tribunale di Cremona, 21 settembre 2000).

Bisogna chiedere al medico, prima di **ogni** vaccinazione, di visitare accuratamente il bambino e **scrivere** i risultati della visita, ciò soprattutto alla luce della difficoltà di verificare o comprovare i danni da vaccini (vedi capitolo 7, "Il riconoscimento dei danni da vaccino" a pag. 79).
I vaccini contengono sostanze potenzialmente allergizzanti (mercurio, alluminio, materiale proteico di origine animale, antibiotici ecc.), quindi è importante anche un'anamnesi familiare per vedere se per esempio uno o entrambi i genitori hanno sofferto o soffrono di patologie allergiche, o se nella famiglia vi sono patologie ricorrenti o precedenti di reazioni ai vaccini.

Il pediatra che vaccina spesso non è al corrente di tutte le indicazioni e controindicazioni del farmaco che inietta

Il medico deve conoscere non solo quanto è scritto sul foglietto illustrativo dei vaccini, ma anche le schede tecniche approvate dal Ministero della Sanità italiano, riportate su una pubblicazione denominata *REFI* (*Repertorio Farmaceutico Italiano*, giunto all'8ª edizione). Ogni ufficio sanitario dovrebbe averne una copia: chiedete di consultarle e di fotocopiarle. Spiegate che non è piacevole scoprire, dopo la vaccinazione, che vostro figlio ha sviluppato un effetto collaterale già noto, ma che non vi è stato comunicato e che poteva essere evitato se si fossero conosciute le indicazioni e le controindicazioni per l'uso!
Sarebbe anche rassicurante poter risalire agli studi fatti per approvare il vaccino, ma questa possibilità spesso non l'hanno nemmeno i medici stessi, come dimostra una recente polemica avvenuta in Inghilterra. Il 7 gennaio 2001 il giornale inglese "The London Sunday Herald" riportava che il vaccino triplo MPR (morbillo, parotite, rosolia) fu introdotto in Gran Bretagna avendo effettuato solo uno studio su 3.000 bambini vaccinati, monitorati per sole 3 settimane. Già due articoli pubblicati sulla rivista scientifica "Journal Adverse Drug Reaction" avevano criticato il basso livello di verifica prima dell'introduzione in tutta la nazione, ciò anche in vista di studi di Wakefield pubblicati sul "The Lancet" (1998) secondo i quali il vaccino triplo causava sindromi intestinali, rettocolite ulcerosa e si correlava ad autismo.

Farmacovigilanza attiva: il pediatra che vaccina monitora attentamente gli effetti dei farmaci iniettati?

È stato valutato che, se ci fosse una puntuale farmacovigilanza attiva da parte dei medici, sarebbe possibile evidenziare un numero di effetti collaterali da 5 a 10 volte superiore a quanto comunemente accade con la semplice segnalazione spontanea (farmacovigilanza passiva).

In Italia l'ex ministro della Sanità De Lorenzo (controfirmato dal funzionario Salvatore Squarcino) raccomanda ai medici di non notificargli danni da vaccini riferiti da mamme eccessivamente allarmiste (circolare ministeriale del 10 settembre del 1991). La cosa si può intendere solo in un modo scorretto di elaborare le statistiche. Tant'è vero che nell'aprile '93 l'allora ministro della Sanità Costa denunciò che nel 1992 l'80% delle AUSL italiane non aveva comunicato nessun danno indesiderato da farmaci in generale. Risultato: mentre nella sola Germania Occidentale lo Stato ha ufficialmente riconosciuto 10.000 domande di risarcimento per danni procurati dalle vaccinazioni (al momento vi sono altrettanti processi in atto per l'ottenimento dei risarcimenti e quasi altrettanti casi per la Germania Orientale sono in fase di discussione), in Italia si registra un numero di vittime riconosciute 100 volte più basso.
Purtroppo, c'è un filtro costituito da vari strati, che va dal non sapere del genitore, alle direttive che ricevono i medici, al fatto che c'è un sistema di riconoscimento delle reazioni ai vaccini meno adeguato, oltre al fatto che è lo stesso Stato a dirigere il processo di riconoscimento dei danni.

Farmacovigilanza attiva: gli effetti collaterali delle vaccinazioni vanno segnalate dai genitori

Se, dopo una vaccinazione, notate degli effetti collaterali potenzialmente attribuibili al vaccino, comunicateli al medico che ha compiuto la vaccinazione: la segnalazione dei possibili effetti collaterali è un dovere per legge da parte del medico! Se poi, come spesso succede, il medico si rifiuta di effettuare la segnalazione, potete segnalare l'effetto collaterale autonomamente (il modulo si può chiedere alle associazioni elencate a fine libro o scaricare dal sito internet del Ministero della Sanità – www.sanita.it – come allegato alla circolare ministeriale del 25 giugno 1999).
La non segnalazione da parte del medico è un reato, punibile con una pena pecuniaria e, nei casi gravi, con l'arresto.

3.4 Contenuto dei vaccini

Reazione al contenuto dei vaccini

Per prevenire possibili reazioni da vaccino è utile (prima dell'uso) verificarne con il medico la composizione. In particolare si devono capire due cose:

- su quale substrato è stato allevato il vaccino (cellule di reni di scimmie, di uovo di gallina, lievito, cellule umane HeLA, mezzo sintetico);

SOSTANZE CONTENUTE NEI VACCINI

- *Alluminio*: elemento chimico molto tossico. In particolare a carico del sistema cardiovascolare e del sangue, del sistema nervoso e del cervello (per esempio vedi la relazione tra alluminio e Alzheimer), del tratto respiratorio.
- *Ammonio solfato*: tossico per sistema gastrointestinale, fegato, tratto respiratorio.
- *Anfotericina B*: farmaco usato per trattare infezioni da lieviti e funghi. Allergia a questo farmaco ne proibisce l'uso. Effetti secondari includono formazione di grumi nel sangue, problemi renali, nausea e febbre. Possibile allergizzante.
- *Antibiotici* (gentamicina, neomicina, eritromicina, polimixina, streptomicina): controindicazioni sono allergia o ipersensibilità ad antibiotici.
- *Beta-propiolattone*: cancerogeno secondo l'EDF. Molto pericoloso per la salute umana (secondo il MME). Tossico per fegato, intestino, tratto respiratorio, pelle.
- *Fenolo*: tossico per i sistemi cardiovascolare, gastrointestinale e nervoso. Tossico per il fegato, i reni, il tratto respiratorio e la pelle.
- *Fenossietanolo*: in studi animali tossico per lo sviluppo e la riproduzione, usato come antigelo.
- *Formaldeide*: sospetto cancerogeno (secondo l'EDF). Sostanza altamente tossica (secondo il MME). In particolare a carico di fegato e intestino, sistema nervoso e sistema immunitario, sistema riproduttivo, sistema respiratorio, pelle. Viene usata nei vaccini come conservante.
- *Gelatina idrolizzata*: ottenuta da pelle di vitelli o mucche, ossa di mucche o pelle di maiale.
- *Polisorbato*: tossico al contatto della pelle o organi di senso.
- *Tri(n)-butilfosfato*: sostanza tossica per i reni e il sistema nervoso.
- *Timerosal (etil-mercurio-tiosalicilato)*: nota neurotossina. Ci sono 17.000 studi sulla tossicità del mercurio, da quella cellulare e verso il DNA, a quella per lo sviluppo e la riproduzione. Il mercurio organico è persino meno tollerabile del mercurio elementare.

Le fonti citate sono l'EDF, Environmental Defense Fund, e MME, Mosby Medical Encyclopedia.

- quali tra queste sostanze sono presenti nel vaccino: timerosal, alluminio, ammonio solfato, antibiotici, beta-propiolattone, fenoli, tributilfosfato, anfotericina.

Reazioni anafilattiche possono verificarsi in presenza delle seguenti condizioni:

- bambini allergici alle proteine dell'uovo;
- ipersensibilità alla neomicina o altri antibiotici utilizzati nei vaccini;
- ipersensibilità a timerosal o mercurio contenuto nei vaccini;
- ipersensibilità alla formaldeide contenuta nei vaccini;
- ipersensibilità all'alluminio contenuto nei vaccini.

Relativamente alla questione "mercurio nei vaccini", la Commissione governativa USA per la Valutazione delle Vaccinazioni si è riunita ad Atlanta il 21 e 22 giugno 2000. Sono stati discussi due studi, i soli esistenti, che valutavano i livelli di mercurio nei neonati dopo l'esposizione al mercurio dei vaccini.

Il primo, recentemente pubblicato dal "Journal of Paediatrics" (Stajich, 2000), ha trovato livelli di mercurio postvaccinazione significativamente elevati nei neonati. Il secondo studio ha coinvolto 110.000 bambini valutati dal Vaccine Safety Datalink Project. Sono state trovate correlazioni tra:

- l'esposizione totale al timerosal dai vaccini ricevuti fino a 2 mesi di vita in alcuni Paesi e il ritardo nello sviluppo;
- l'esposizione totale fino a 3 mesi di vita e l'insorgenza di tic;
- l'esposizione totale fino a 6 mesi di vita e la sindrome di deficit attentivo;
- l'esposizione totale fino a 6 mesi di vita e il ritardo nel parlare e nel linguaggio;
- l'esposizione totale fino a 6 mesi di vita e il ritardo nel neurosviluppo in generale.

Quantità di mercurio tollerabile nei lattanti

Un lattante pesa 20 volte meno dell'adulto e riceve tutte le vaccinazioni in tre dosi nel primo anno di età. La stessa dose che verrebbe somministrata all'adulto risulterà, solo in base a considerazioni di peso, equivalente a una dose 20 volte superiore nel neonato e quindi la sua tollerabilità da riconsiderare (in particolare il lattante riceve in Italia 62,5 mcg di mercurio a 3 mesi di vita, altri 50 mcg a 6 mesi, altri 62,5 mcg a 11 mesi e infine a 15 mesi un'altra iniezione con 50 mcg di mercurio).

L'ente per la protezione ambientale americano (Environmental Protection Agency) ha fissato il livello massimo giornaliero accettabile di mercurio in

0,1 mcg/kg di peso al giorno, cioè 0,5 mcg per un bimbo di 3 mesi che pesi 5 kg. Il mercurio iniettato con i vaccini ai 3 mesi è 62,5 mcg. Poiché il livello di sicurezza è di 0,5 mcg, abbiamo una dose di mercurio che, per il neonato, è 125 volte superiore alla dose di sicurezza! Halsey (1999) e Stajich (2000) riportano che i bambini sotto peso sono esposti a una dose di mercurio equivalente a 3 mesi di dose massima tollerabile (Stajich, 2000).
A parte l'aggiustamento per il peso corporeo, non c'è nessun aggiustamento che tenga conto che nel bambino **il cervello è ancora in fase di sviluppo**, che neonati esposti a metilmercurio accumulano una proporzione maggiore di mercurio nel cervello rispetto a quello che avviene negli adulti (EPA, 1997) e che il mercurio colpisce principalmente il sistema nervoso centrale, il cui sviluppo è critico nell'uomo fino a 6 anni. Inoltre, non essendosi ancora formata la barriera sanguigna nel cervello, il mercurio può entrarvici ancora più facilmente. La particolare vulnerabilità dei neonati aumenta il potenziale di tossicità del mercurio. Infine, i bambini sotto i 6 mesi non hanno ancora sviluppato la possibilità di espellere il mercurio attraverso le feci, che invece è la principale via di espulsione nell'adulto. Infatti in quel momento i neonati non producono ancora bile.

3.5 Sostegno nutrizionale essenziale

Cosa mangiare in vista delle vaccinazioni

In vista di dover sottoporsi alle vaccinazioni è utile ricorrere, a seconda dei casi, a cibo ricco di zolfo (come per esempio sedano, cavolfiori, cavoli, prezzemolo, tarassaco, cipolla, aglio ecc.), aminoacidi contenenti zolfo (cisteina, taurina ecc.) o semplicemente zolfo ayurvedico. La cartilagine di squalo è straordinariamente ricca di GAG (glicosamminoglicani), le stesse unità strutturali da cui dipendono la funzionalità e la difesa delle mucose intestinali dalle infezioni. Studi scientifici dimostrano che la somministrazione di zolfo nel periodo delle vaccinazioni difendeva i tessuti cerebrali e preveniva danni alla mucosa intestinale (Cappeller, 1992).
L'alimentazione, 3 giorni prima e 3 giorni dopo la vaccinazione, deve essere leggera, principalmente basata su fonti vitaminiche (frutta e verdura, centrifugati di carote, sedano ecc.), con il riso che costituisca la sola forma di carboidrati assunti (escludendo quindi zuccheri, pane e pasta). Infatti gli zuccheri raffinati acidificano l'organismo. Il glutine e la caseina, in un organismo in difficoltà, favoriscono fermentazioni e altre interferenze.

Il vaccino non è un bicchier d'acqua

Abbiamo visto il mercurio, ma il vaccino è potenzialmente più dannoso del mercurio da solo. Ecco, per esempio, cosa è il vaccino DPT (difterite, pertosse, tetano) somministrato ai bambini ai 3 mesi di vita, poi a 6 mesi e quindi a 11 mesi: il vaccino DPT è prodotto prendendo il **batterio del tetano** e mettendolo in un **brodo di destrosio, infusione di cuore di manzo, sale** e **caseina**. Anche il batterio difterico viene messo in una sostanza simile. Il brodo in cui si sono formati i tossoidi (tetanici e difterici) è filtrato ed è aggiunta formaldeide per attenuare i tossoidi. Quindi viene aggiunto **metanolo** (noto veleno). Il tossoide viene ridotto in polvere e mischiato a **glicerina**. Il batterio pertossico viene chimicamente ucciso aggiungendo un composto del mercurio molto tossico chiamato **timerosal**, oltre a **idrossido di alluminio** e **solfato di potassio**. Il risultato è chiamato vaccino DPT, che è inoculato nei bambini dopo essere stato testato su topi per determinarne la forza.
I tossoidi difterici e del tetano vengono a creare, con le cellule integre del batterio pertossico, un singolo composto molto più aggressivo e letale dei singoli componenti separati. La formaldeide, che è usata per attenuare la virulenza dei tossoidi, è tra le sostanze classificate cancerogene.
Decine di migliaia di genitori in Italia oggi hanno il rammarico di non aver conosciuto in anticipo i punti cruciali della procedura della vaccinazione, le "istruzioni per l'uso" che avrebbero impedito l'insorgenza di evitabili patologie nei loro bambini.

Il latte materno

Per quanto riguarda il neonato, l'allattamento materno deve essere portato avanti dalla madre più a lungo possibile. Negli Stati Uniti la poliomielite dilagò in concomitanza dell'abbandono dell'allattamento naturale al seno: fatto non casuale, dal momento che nel latte materno è contenuto il cosiddetto fattore bifidogeno, che rappresenta un fattore di difesa anche nei confronti del virus poliomielitico e di altri germi.
È stato anche documentato che quando la madre è in uno stato di malnutrizione o di mancanza di cibo, sia durante la gestazione che durante l'allattamento, il figlio ha una maggiore suscettibilità alle infezioni.

L'uso delle vitamine

Kalokerinos scoprì negli anni '70, dopo 17 anni di permanenza nell'entroterra dell'Australia, che era possibile dimezzare la mortalità da vaccinazioni tra gli aborigeni che usavano basse dosi di vitamina C. Le mortalità maggiori,

infatti, si registravano tra gli aborigeni che mangiavano esclusivamente zucchero, pane e salsicce e che avevano **carenza di vitamina C** (scorbuto).
Oltre alla vitamina C, importanti fattori protettivi in vista delle vaccinazioni e delle malattie infettive sono la vitamina A e il cloruro di magnesio. Mamdani e Ross (1989) dimostrarono che la **carenza di vitamina A** porta a un aumento del rischio di infezioni quali morbillo, infezioni respiratorie e diarrea. Studi scientifici che risalgono già agli anni '20 hanno mostrato una correlazione tra carenza di vitamina A e una maggiore incidenza e gravità delle infezioni, tanto che la vitamina A è stata denominata da Clausen (1938) "la vitamina anti-infezioni".
Il più importante studio con controllo che abbia stabilito una correlazione tra carenza di vitamina A e malattie infettive è uno studio di Sommer pubblicato sulla più prestigiosa rivista medica britannica "The Lancet" (1986). 450 villaggi di Sumatra del Nord (Indonesia) furono divisi a caso in due gruppi, uno dei quali fu trattato con vitamina A (229 villaggi) e l'altro no (221 villaggi, gruppo di controllo). I risultati furono che, tra i bambini (1-6 anni) la mortalità era del 49% maggiore nel gruppo di controllo rispetto alla mortalità dei villaggi nei quali era stata usata la vitamina A.
Esistono numerosi studi nella letteratura medica sulla possibilità di contrastare mediante l'impiego di **acido ascorbico** malattie infettive quali lebbra, tifo e dissenteria. In questa serie di studi scientifici, senza eccezione, il livello di successo riportato si correlava direttamente con la quantità di dosi somministrate (lebbra: Gatti & Goana 1939, Ferreira 1950; tifo: Szirmai 1940, Drummond 1943; dissenteria: Veselovskaia 1957, Sokolova 1958, Dujardin 1947).
Jungeblut (1935) mostrò che l'acido ascorbico inattivava il virus della poliomielite; Holden e Molley (1937) mostrarono l'inattivazione dell'herpes virus; Lagenbusch ed Enderling (1937) l'inattivazione del virus dell'afta epizooica; Amato (1937), l'inattivazione del virus della rabbia. In provette di laboratorio, è stata dimostrata ripetutamente l'efficacia dell'acido ascorbico nel neutralizzare un'ampia gamma di tossine batteriche: quelle da difterica (Jungeblut e Zwemer, 1935), da tetano (Jungeblut, 1937), da *staphylococcus* (Kodama e Kojima, 1939) e da dissenterica (Takahashi & Nagoya, 1938).
Il dott. Klenner della North Carolina University ha pubblicato una serie di articoli sulla rivista medica "Southern Medicine and Surgery" nella quale mostrava, sia con studi di laboratorio che con studi clinici, che laddove i livelli di vitamina nei tessuti sono normali, ne risulta un ambiente nell'organi-

smo umano che è estremamente sfavorevole a praticamente tutte le forme di infezioni virali. «La vitamina C è l'antibiotico per eccellenza nel trattare tutti i tipi di malattie virali»; infatti, neutralizza i virus mediante la sua azione enzimatica che assiste nella rottura dell'acido nucleico del virus e la capacità di immobilizzare chimicamente il virus stesso, inibendone l'attività e la duplicazione (Klenner, 1971).
Per dare un'idea del dosaggio, citiamo Hochwald (1936), che utilizzò iniezioni di 0,5 g di acido ascorbico ogni ora e mezzo (6 g in un periodo di 12 ore) nel caso di pazienti vittime del batterio della polmonite (*Croupous pneumonia*), fino a che la febbre e i sintomi locali scomparivano. La velocità alla quale questo trattamento funzionava era tale che era possibile entro il primo giorno eliminare in pratica tutti i sintomi locali di infezione inclusa la febbre, e ottenere una normalizzazione dei parametri sanguigni.

L'uso preventivo del cloruro di magnesio

L'azione di prevenzione del cloruro di magnesio verso qualsiasi affezione virale e batterica è stata ben nota per decenni in Francia, dove il suo principale fautore, il dott. Delbet, usò la sostanza anche a scopo terapeutico guarendo casi di tetano, difterite, pertosse, influenze.

> «(…) Nei mesi seguenti il dott. A. Neveu tratta col cloruro di magnesio altri cinque casi di angine difteriche, di cui uno particolarmente grave e tutti e cinque guariscono rapidamente. Negli anni seguenti ha modo di trattare, e sempre con lo stesso successo, oltre sessanta casi di difterite, senza dover mai utilizzare il siero.
> (…)
> L'influenza è una delle indicazioni più sperimentate. Abbiamo ormai visto moltissimi casi perfettamente guariti in dodici, ventiquattro o quarantotto otre, senza utilizzare nessun'altra terapia. Inoltre grazie anche all'effetto tonico del magnesio, non si riscontra pressoché mai la spiacevole astenia postinfluenzale.»
>
> Estratto da *Curarsi con il magnesio*,
> Raul Vergini, Red Edizioni

Dati presentati all'Accademia dell'Agricoltura di Francia dal dott. Neveu evidenziano che le malattie guarite con il cloruro di magnesio nei bovini in-

cludono: brucellosi, bronchite verminosa dei vitelli, affezioni febbrili acute indeterminate, diarrea da latte, enteriti acute e croniche, meteorismo. Durante un'epidemia di febbre aftosa, una vacca colpita e trattata immediatamente col cloruro di magnesio avrà 3-4 giorni di febbre, ma uscirà indenne da tutte le complicazioni ulteriori, manterrà il suo latte e, se gravida, non abortirà. Negli equini le malattie guarite includono: adenite equina, tifosi. Nei cani: gastroenterite, affezioni gravi indeterminate, cimurro, piroplasmosi. Nei polli: colera dei polli, peste aviaria, tifosi aviaria, difterite aviaria, polmonite.

CAPITOLO 4

Reazioni ai vaccini

Con la somministrazione di un vaccino a virus attenuato, una popolazione di 150.000 unità batteriche raggiunge e colonizza l'intestino e altri tessuti dell'individuo vaccinato. Allo stesso tempo un'elevata concentrazione virale viene raggiunta nel sangue. La febbre come reazione postvaccinazione è dunque il semplice sforzo portato avanti dal sistema immunitario nel tentativo di purificare il sangue dal virus (il virus attenuato nei vaccini può rivirulentarsi, in particolari situazioni, nell'individuo in cui è stato iniettato). La febbre è una reazione molto comune, logica conseguenza delle vaccinazioni e riveste un significato importante.

4.1 La febbre

Se vostro figlio ha contratto un'infezione, la febbre è una benedizione, non un pericolo. Il processo consiste in questo: quando si sviluppa un'infezione, l'organismo del bambino risponde fabbricando un numero maggiore di globuli bianchi, detti leucociti, che hanno il compito di distruggere batteri e virus e di rimuovere dal corpo tessuti danneggiati e materiali irritativi. L'attività dei globuli bianchi si intensifica e questi raggiungono rapidamente la sede dell'infezione. Questo processo di **difesa** e di **guarigione** è assistito dall'innalzamento della temperatura corporea: da qui la febbre.
Il raffreddore, l'influenza, o qualsiasi altra infezione batterica o virale che il bambino abbia contratto, non produrranno una febbre superiore ai 41 °C e, sotto tale valore, non può prodursi alcuna infermità.

La paura della febbre alta nasce principalmente dalla credenza assai diffusa che una temperatura eccessivamente elevata possa causare al bambino danni cerebrali o lesioni fisiche permanenti. Se ciò fosse vero, giustificherebbe qualsiasi livello di panico di un genitore e, poiché molti genitori sono convinti che sia vero, la loro paura è giustificata.
Ma dal momento che le difese corporee di vostro figlio non consentiranno alle infezioni di causare febbre a 41 °C, non dovete vivere nel timore di danni fisici o mentali ogni volta che la temperatura inizia a salire.
Traspirazione eccessiva, respiro accelerato, occhi lacrimosi, tosse, naso che cola, vomito e diarrea, sono tra i sintomi che vi faranno identificare la febbre causata da un'infezione virale o batterica. L'unico potenziale pericolo in questi casi è quello della disidratazione; accertatevi dunque che il bambino assuma un'adeguata quantità di liquidi: una buona regola è cercare di fargli bere un quarto di litro di acqua (sotto forma di tisane, infusi, camomilla ecc.) ogni ora.

4.2 Ritmi di sonno alterati

Talvolta l'unico segnale di una reazione postvaccinica è costituito da un cambiamento degli abituali ritmi del sonno del lattante. Le madri, ovviamente, si ricordano con facilità tale evento.
«Margaret Atwood (nata nel settembre del 1974; diagnosi: lieve autismo) dopo ogni vaccinazione non ebbe alcuna reazione a livello sintomatologico. La madre tuttavia si ricordò che Margaret cambiò i ritmi del sonno all'età di 18 mesi, poco dopo la quarta vaccinazione. A volte, durante la giornata e prima di questa vaccinazione, era solita appisolarsi. Dopo la stessa, invece, divenne iperattiva, perse l'abitudine del sonnellino e di notte dormiva pochissimo.
«La sonnolenza successiva a una vaccinazione venne riscontrata da una madre di una bambina che oggi ha 16 anni, è iperattiva e ha una serie di difficoltà di concentrazione: "Entro un'ora dopo l'iniezione si addormentò e dormì 24 ore. Nonostante i miei sforzi non riuscivo a svegliarla. A quel tempo ero ancora molto inesperta, per questo faccio fatica a ricordare con precisione i fatti. Tutto ciò che riesco a ricordare è che si comportava in maniera molto strana. Piangeva in modo del tutto diverso dal solito. Poi si addormentava. Questo fu l'inizio delle centinaia di volte in cui sveniva afflosciandosi tutto d'un tratto. A volte, quando diventava pallida e sveniva, si svegliava

d'improvviso per pochi secondi"» (Coulter Harris, *Vaccinazioni, il grande attacco al cervello e alla psiche*, NOI-Verlag Ed., Klagerfurt, 1996).

4.3 Asma, allergie e autoimmunità

L'abilità di produrre diverse sindromi autoimmuni in animali di laboratorio è affidata oggi a un arsenale di "adiuvanti" (batteri uccisi, mercurio, alluminio ecc.), vaccini e altre sostanze da iniettare nella cavia. Levine ricorda nel 1991 che fino ad allora il vaccino antipertosse era stato ritenuto indispensabile per creare patologie autoimmuni in cavie, ma che ora l'intensità della stimolazione immunologica poteva essere modulata in un ampio range, a seconda della scelta e combinazione di adiuvanti, vaccini e altre sostanze inoculate. Citando sempre Levine (1975), «L'uso simultaneo di vaccino antipertosse e adiuvante di Freund (che contiene microrganismi uccisi tra cui quello del vaccino antitubercolosi, N.d.A.) era moderatamente ma non consistentemente efficace nel produrre encefalomielite autoimmune». Nelle parole di Caspary (1977) un'altra denuncia: «La severità clinica dell'encefalomielite autoimmune nelle cavie è aumentata dal pretrattamento con vaccino anticimurro, antimorbillo e antitubercolosi. Il vaccino antimorbillo dà un inizio più grave della malattia. L'aggiunta della vaccinazione antirosolia porta a una leggera forma della malattia che riappare clinicamente se si rifà uso dell'appropriato vaccino».
La vaccinazione è un'inoculazione di proteina estranea direttamente nel sangue, procedura medica iniziata nel 1796 dal dott. Edward Jenner in Inghilterra. La stimolazione degli IgE causata dal vaccino, si vede subito, non riguarda solo una classe specifica (il virus in questione), ma è generale e si può dimostrare che la vaccinazione porti a una attivazione di autoanticorpi. Studi umani hanno mostrato un aumento del fattore reumatoide (autoanticorpi) a seguito di vaccinazione con il tossoide del tetano. Secondo Tarkowski (1985) «La produzione di fattore reumatoide nella vaccinazione sull'uomo rappresenta un evento fisiologico che potrebbe essere scatenato da immunocomplessi IgG (anticorpi del sangue stimolati nelle vaccinazioni, N.d.A.)».
Oltre al tossoide del tetano, al vaccino antipertosse e quello antitubercolare, anche il vaccino antinfluenzale, il vaccino antipolio e altri, sia in studi animali che su esseri umani, sono stati correlati tutti a fenomeni di autoimmunità che vanno dalla formazione di autoanticorpi alla manifestazione clinica di patologie.

Vediamo l'artrite reumatoide: su giovani militari di leva il fattore reumatoide e altri autoanticorpi furono monitorati per i 2 mesi successivi alla vaccinazione antitifo e antitetanica. I ricercatori affermano che: «Questi risultati rivelano una risposta autoimmune subclinica, concomitante alla sensibilizzazione specifica derivante dalla vaccinazione» (Procaccia, 1983). Allo stesso modo Welch (1983) e Levinson (1988) hanno riscontrato un aumento nel fattore reumatoide dopo la vaccinazione di adulti sani con il tossoide del tetano e lo stesso aumento fu notato in individui vaccinati con l'antitifica (Nisini, 1993).
Ray e Black (1997) scoprono che donne vaccinate per la rosolia, confrontate con un gruppo di donne che non avevano ricevuto tale vaccino, avevano un'incidenza di sindrome del tunnel carpale superiore del 200%. Sintomi correlati includevano artrite o artralgie. La vaccinazione antirosolia, scrive Mitchell (1993), dovrebbe essere considerata quale ulteriore fattore causale nella valutazione di sintomi muscoscheletali acuti o cronici.
6 casi di artrite correlati alla vaccinazione della rosolia erano già stati presentati da Chantler (1982), 10 di artrite reumatoide da Ford (1982), 1 da von Wehren (1983), 6 da Tingle (1985). Casi di artrite postvaccinazione della rosolia sono segnalati tra gli altri da Russo (1980), Delaney (1970), Gold (1969), Speier (1970), Grasland (1998). La vaccinazione antiepatite B è stata decisamente correlata con un'elevata incidenza di artrite, studio effettuato su 2.000 bambini da Fisher (2001). Casi di polimialgia reumatica postvaccinale sono segnalati da Liozon (2000) e così molti altri, fino al morbo di Bechterew postvaccinale (Buchwald, 1998). Alcuni casi di lupus eritematoso insorto a seguito di vaccinazioni sono documentati da Adunsky (1980), Grezard (1996), Maillefert (2000), Ries (1981), Schattner (1992), Senecal (1999), Tecson (1978), Tudela (1992), Van der Straeten (1987).

4.4 Immunosoppressione

È ben noto alla comunità scientifica il notevole effetto depressivo delle vaccinazioni antipolio sui linfociti, con conseguente temporanea incapacità dell'organismo di combattere le infezioni e i virus. Per questo motivo in Italia «La vaccinazione con il metodo Sabin (virus vivo attenuato, N.d.A.) deve essere distanziata di almeno 4 settimane da altra vaccinazione con virus vivo» (legge n. 51 del 4 febbraio 1966).
Secondo il "New England Journal of Medicine" del 19 gennaio 1984, dopo la vaccinazione antitetano poteva essere dimostrata una temporanea caduta,

in ogni soggetto vaccinato, delle concentrazioni di linfociti T a seguito della vaccinazione. La caduta più rilevante si aveva fra il terzo e il quattordicesimo giorno postvaccinale. Anche il vaccino per l'influenza ha mostrato di poter aumentare l'incidenza di varie patologie nel periodo immediatamente dopo la vaccinazione. In uno studio del 1990 l'incidenza di patologie era 6,4 volte maggiore in bambini sottoposti al vaccino rispetto a bambini non vaccinati (Paediatrics, 1990).
Per quasi due decenni Diane E. Griffin e i colleghi all'Università J. Hopkins di Baltimora hanno potuto documentare i meccanismi attraverso cui il vaccino del morbillo deprime l'immunità e, dunque, aumenta il rischio di riattivazione di infezioni recentemente acquisite o latenti (Ward, 1993). Il consiglio dei ricercatori è di non usare vaccini a virus attenuati a poche settimane di distanza tra di loro.
«Le vaccinazioni per il morbillo hanno portato a una soppressione della proliferazione linfocitaria, che era tanto maggiore quanto più elevati erano gli anticorpi prodotti dal vaccino nei bambini» (Hussey, 1996).
«Il vaccino attenuato del morbillo produce soppressione immunitaria che contribuisce a un aumento di suscettibilità ad altre infezioni. Recentemente vaccini antimorbillo a elevato titolo sono stati correlati a mortalità a lungo termine dei soggetti vaccinati» (Auwaerter, 1996).
Un vaccino diminuisce l'immunità mediata da linfociti del 50%, due vaccini insieme del 70%. Ormai sono una norma tre vaccini nella stessa iniezione, il tutto ripetuto in tre dosi successive a distanza di qualche mese. I vaccini riducono il numero di globuli bianchi, la capacità fagocitante dei neutrofili polimorfonucleari, la vitalità dei linfociti, la segmentazione dei neutrofili (Robin, 1997).
Uno studio pubblicato dal "Journal of Infectious Diseases" ha documentato una diminuzione di produzione di interferone (Th1) causata dal vaccino del morbillo. Questo declino persisteva per un anno dopo la vaccinazione, periodo cui fu limitato tale studio. In pratica tale diminuzione porta a una maggiore vulnerabilità alle infezioni.

Un cocktail esplosivo

Nella pratica è proprio questo che si registrò: a seguito della settimana di vaccinazione contro la polio nella regione del Bahrian, ci furono nel luglio 1995 e nel settembre 1996 due epidemie di meningite da enterovirus, rispettivamente con 286 e 169 vittime ("Annals of Tropical Paediatrics", 1998). La letteratura medica ci dà indicazioni puntuali su vaccini di un tipo che posso-

no aumentare l'incidenza di malattie virali di un altro tipo. Per esempio, la capacità del vaccino antipertosse di stimolare l'inizio di una polio paralitica è noto sin dal 1909.

Nell'epidemia di polio in bambini della penisola araba dell'Oman, secondo la rivista britannica "The Lancet" (1990), la vaccinazione DPT ne fu la causa scatenante: tutte le 70 vittime (età 5-24 mesi) avevano ricevuto un'iniezione di DPT entro i 30 giorni precedenti la comparsa della malattia della polio. La vaccinazione DPT aveva esaltato la capacità di attacco del virus della polio. Alla fine degli anni '40 uno studio pubblicato su "American Journal of Public Health" evidenziò che su 1.300 casi di polio in bambini della città di New York, circa il 70% delle vittime avevano ricevuto la vaccinazione DPT nei due mesi precedenti la manifestazione della malattia. C'è un'ampia letteratura medica su casi atipici di malattie virali, senza cioè le manifestazioni classiche del decorso virale.

Nel 1997 sul "Journal of Indian Medical Association" venne riportato il caso di panencefalite sclerosante subacuta che si sviluppò come reazione avversa ritardata al vaccino triplo infantile morbillo-parotite-rosolia. Gli autori sottolineano che sono stati riportati altri casi simili causati dal virus vivo attenuato del vaccino del morbillo. Inoltre l'OMS riporta che su 34 nazioni in via di sviluppo (Africa, America Latina) trattate con il vaccino vivo attenuato della polio, 24 hanno registrato un aumento dei casi di poliomielite paralitica. La poliomielite paralitica è una grave forma di polio che è comparsa solo a seguito delle campagne di vaccinazione antipolio. Prima non esisteva, il decorso della poliomielite era molto meno grave.

Nelle vaccinazioni infantili riscontriamo quattro situazioni diverse che, andando a sommarsi, rappresentano, quanto più le si trascura, un cocktail esplosivo:

1. per natura il bambino (da qualche mese a 2 anni) è già in uno stato di minore difesa contro eventuali attacchi virali;
2. il vaccino crea un periodo di alcuni giorni di pronunciata immunosoppressione;
3. il vaccino a virus attenuato consiste in un virus indebolito che è somministrato proprio per produrre un certo grado di sfida all'organismo medio, immunologicamente sano. A volte questi virus sono tripli, cioè vengono contemporaneamente iniettati più virus;
4. uno degli effetti della vaccinazione è di aumentare la permeabilità intestinale ed ematoencefalica, con la conseguenza che ciò favorisce il passaggio virale ai tessuti periferici.

Persistenza e decorsi atipici

Queste considerazioni diventano ancora più preoccupanti se si pensa che nel primo anno di vita è stato dimostrato che molti virus restano nell'organismo in modo asintomatico. Per esempio Pass (1981) ha mostrato che l'infezione da herpes virus era asintomatica in 25 di 27 bambini infetti. Il virus attenuato da vaccino del morbillo nel 1995 aveva causato una encefalomielite e, dunque, era diventato patogeno, senza alcuna manifestazione dei sintomi tipici del morbillo ordinario ("Acta Paediatrica Japonica", 1995). Hussey (1996) spiega: «Il vaccino del morbillo sopprime la proliferazione dei linfociti e ciò è tanto più evidente quanto maggiore è l'attivazione anticorpale».
Un indizio dell'incubazione nell'organismo del virus attenuato da vaccino può essere la persistenza di elevati titoli di HI e di IgG, in presenza di reazioni a vaccini.
Le vaccinazioni possono causare infezioni croniche che si sviluppano in tempi più lunghi e in maniera asintomatica o atipica rispetto al normale sviluppo dell'infezione da virus. Wakefield (1995) ha riportato: «Il virus del morbillo iniettato con le vaccinazioni persiste nell'intestino dei vaccinati, segnalando un'alterazione dell'assetto immunitario dei soggetti sottoposti a profilassi vaccinale, generando le malattie più disparate dell'apparato gastrointestinale, tra cui il morbo di Chron».
Una serie di studi sperimentali effettuati da Domingue e Woody (1997), della Tulane University, evidenziano come in un organismo temporaneamente alterato o compromesso la maggior parte dei batteri possono assumere forme alquanto diverse da quelle originarie e avere decorsi atipici: «Questi organismi possono sopravvivere e persistere in uno stato latente nell'organismo, incubarsi e quindi causare stati patologici, tra cui nefriti, febbri reumatiche, stomatiti aftose, ematuria idiopatica, morbo di Crohn ecc.» ("Clinical Microbiology Review", 1997). «Infezioni subcliniche non sono insolite dopo la somministrazione di vaccini tripli», secondo uno studio di Trier e Ronne (1992), che confermava le osservazioni di Laitinen (1974).

4.5 Virus da vaccino

Per chiarezza, sottolineiamo i punti in seguito trattati separatamente:
- virus vivi attenuati iniettati nel sangue;
- escrezione virale impedita dalla vaccinazione;
- contagio del mezzo vaccinale con virus di scimmie.

Virus vivi attenuati iniettati nel sangue

La vaccinazione non fa altro che realizzare proprio quello che tutto il corpo e il sistema immunitario cercano di evitare o prevenire quando entrano in contatto con un virus. Ovvero, l'iniezione immette il virus direttamente nel sangue, senza che siano state attivate le difese locali e fagocitarie, offrendogli accesso libero e indisturbato verso alcuni target più delicati e questa volta vulnerabili (per esempio il sistema neurologico, endocrino ecc.). Effetti collaterali rari del vaccino triplo DPT possono essere infatti atassia (incapacità di coordinare i movimenti muscolari), incapacità di apprendimento, sviluppo ritardato, meningite asettica, attacchi apoplettici, emiparesi.

> «Un medico di Los Angeles che si era rifiutato di vaccinare il proprio bimbo di 7 mesi, disse: "Mi preoccupa il fatto che il virus presente nel vaccino non solo offra una scarsa protezione contro il morbillo, ma possa rimanere all'interno dell'organismo e agire in un modo che ancora non conosciamo".»
>
> Mendelshon R., *Bambini sani senza medicinali*,
> RED ediz., 1992
>
> «Il virus del morbillo iniettato con le vaccinazioni, persiste nell'intestino dei vaccinati, segnalando un'alterazione dell'assetto immunitario dei soggetti sottoposti a profilassi vaccinale, generando le malattie più disparate dell'apparato gastrointestinale, (...) tra cui il morbo di Chron.»
>
> Wakefield A. J., "The Lancet",
> 29 aprile 1995
>
> «Recentemente abbiamo notato che, somministrando un vaccino sistemico allestito con calicivirus felino vivo in soggetti precedentemente immunizzati, il virus apparentemente si localizza a livello dell'orofaringe o anche nei legamenti.»
>
> Bennet R., 1989

Escrezione virale impedita dalla vaccinazione

Nel caso dei vaccini «C'è una difficoltà a espellere il virus (dimostrata in studi scientifici) e la concomitanza di infezioni subcliniche croniche» (Hoare, 1993).

VACCINAZIONE	ANIMALI USATI PER LA PRODUZIONE DEL VACCINO
Influenza	Embrioni di gallina
Poliomielite	Scimmie (reni)
Tubercolosi	Scimmie (reni e testicoli)
Vaiolo	Vitelli o pecore (pelle), conigli (occhi)
Tetano	Cavalli
Rosolia	Conigli (reni)
Morbillo	Porcellini d'India (reni), uova di quaglie giapponesi, embrioni di gallina
Fonte: Dittman S., Atypische Verlaufe nach Schutzimpfungen, *Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1981.*	

Per esempio, è stato riscontrato che l'eliminazione attraverso le feci di un ceppo vaccinale attenuato di *Parvovirus canino* è quantitativamente 102-104 volte inferiore a quella dei ceppi naturali (Carmichael, 1981). «È stato dimostrato che il periodo di eliminazione del calicivirus felino può essere prolungato a seguito dell'uso di vaccini allestiti con calicivirus felini inattivati» (Dawson, 1991).

Contagio del mezzo vaccinale con virus di scimmie o altri animali

Fu clamoroso in Gran Bretagna il caso del vaccino orale antipolio Medeva ritirato dal mercato nel dicembre 2000. Motivo: tali vaccini contengono materiale bovino (di origine britannica) di cui è possibile la contaminazione da BSE (più nota come "morbo della mucca pazza").
Esistevano in Brasile allevamenti speciali di galline che producevano uova, al contrario di altre, prive di ogni tipo di agenti batteriologici patogeni. Queste uova, che costavano 15 volte il prezzo di un uovo normale, non venivano utilizzate per l'alimentazione, bensì servivano per la produzione di vaccini contro la rabbia o l'influenza. Una circostanza ben documentata è che il vaccino contro la febbre gialla è ottenuto da embrioni di pollo contaminati con *Leucosi aviaria*. Nel 1986 l'Organizzazione Mondiale della Sanità comunicava che era possibile permettere tale circostanza, dal momento che era estremamente difficile ottenere embrioni di pollo esenti da questo retrovirus.

Cosa succede allora quando la riproduzione del virus per il vaccino può essere ottenuta solo su tessuti animali quali i reni?
È impossibile ottenere una scimmia con pochi batteri o virus, e anche se questa esistesse, i reni sono organi escretori, cioè contengono quantità di germi patogeni 100 volte superiori ai normali livelli nell'organismo. Gli scienziati Hillermann e Sweet scoprirono nel 1960 che i vaccini antipolio e le relative colture virali contenevano tutti i tipi di virus che possono essere trovati nei reni di scimmia. Si è proceduto con la numerazione di questi virus cercando di scoprire i loro effetti su altri animali e sull'uomo. Il comportamento più dannoso riscontrato fu quello del virus, che venne denominato SV40 (ScimmiaVirus 40).
I vaccini coltivati su animali, inoltre, sono fra i più pericolosi veicoli della meningite virale. Non a caso in Svizzera, nella primavera 1985, un anno dopo che le autorità sanitarie avevano indetto una campagna nazionale di vaccinazioni contro la poliomielite, i casi di meningite raddoppiarono.
È praticamente impossibile rimuovere i virus animali dalle colture dei vaccini.
Questi virus sono denominati "selvaggi" e possono produrre anche encefaliti ed epilessia. Virus animali sono presenti anche nel siero fetale di vitello, un prodotto del sangue usato comunemente come nutriente di laboratorio per alimentare diverse colture cellulari per vaccini. Sterilizzare un vaccino potrebbe distruggere le parti proteiche necessarie per la formazione di anticorpi, e quindi non li si tratta termicamente permettendo la sopravvivenza anche a eventuali sconosciuti organismi patogeni.

4.6 Altri possibili casi avversi da vaccino

Danni al cervello postvaccinazioni sono ben documentati nella letteratura medica e vanno da epilessia, sindrome di deficit attentivo, dislessia, strabismo, sindrome ipercinetica, encefalopatie, encefalomieliti, episodi di anoressia, all'autismo. Queste patologie hanno fatto registrare un'impennata esponenziale sia in Gran Bretagna che negli Stati Uniti a partire dal 1988, un anno dopo l'introduzione del vaccino triplo morbillo, parotite, rosolia. Per una documentazione approfondita e documentata sui danni al cervello da vaccini consigliamo la lettura di Harris Coulter, *Vaccinazioni: il grande attacco al cervello e alla psiche*, NOI-Verlag Ed. 1996, testo da cui abbiamo estratto un caso di epilessia postvaccinale:

«Il 21 maggio, esattamente quattro mesi dopo la prima iniezione, J.A. ricevette la seconda iniezione di vaccino DPT. Durante la notte gli venne una febbre leggera, ma non mostrò alcun sintomo patologico sino al 27 maggio. Quel giorno eravamo a tavola e lui era seduto nella sua seggiolina sul pavimento. Balbettava e farfugliava tranquillamente; tutto d'un tratto smise di ciangottare.
Guardai verso di lui per rendermi conto perché fosse diventato così tranquillo e silenzioso. Fissava con lo sguardo il soffitto. Gli misi la mano davanti agli occhi, ma lui non se ne accorse. Tale stato durò circa 30-40 secondi. Lo stesso fatto si verificò il 28 maggio per 4-5 volte, con una durata rispettivamente di 30-40 secondi.
Il 29 maggio si svegliò alle 7 di mattina. Era molto vispo. Lo misi sul fasciatoio per cambiarlo, quando improvvisamente si mise a urlare come un pazzo, con delle urla così atroci che mi facevano gelare il sangue nelle vene. Si agitava sempre più e divenne molto irrequieto. Poi diventò completamente apatico e non ebbe più alcuna reazione. Lo chiamai per nome, battei le mani, ma non si muoveva. Le sue braccia penzolavano inerti lungo i fianchi e diventò completamente flaccido come un pupazzo di pezza.
Tale condizione durò più o meno 30 secondi. Dopo un mese il medico gli iniettò un'altra dose di vaccino DPT e gli attacchi epilettici divennero più frequenti, sino a 100 al giorno, sebbene assumesse quotidianamente ben 5 farmaci diversi.»

Capitolo 5 Pro e contro

5.1 I motivi per vaccinare

L'introduzione del vaccino ha l'obiettivo di stimolare l'organismo a reagire con produzione di anticorpi nel sangue, così da produrre uno stato di immunità alla malattia infettiva.
I piani di attuazione delle campagne di vaccinazione in tutto il mondo si basano sulla somministrazione dei vaccini entro i primi 2 anni di vita, perché questo costituisce un periodo particolarmente vulnerabile alle malattie infettive.
I vaccini fanno parte della pratica medica da due secoli e occasionalmente ci sono stati incidenti con il loro utilizzo. Si tratta di episodi non significativi, in quanto isolati e derivanti da un cattivo uso o da errori accidentali nella produzione.
Sfortunatamente si tende a generalizzare e quindi condannare l'intero processo semplicemente a causa di occasionali incidenti. Per fare un esempio, le persone che sono contro ogni forma di vaccinazione spiegano le loro ragioni in base al fatto che nel 1954 una larga scorta di vaccini di un produttore di antipolio causò alcuni casi di polio. Il problema fu subito corretto e il mondo venne così protetto efficacemente da questa orribile malattia.
In passato c'era il problema della contaminazione accidentale dei vaccini, come quando, durante la Seconda Guerra Mondiale, un vaccino per la febbre gialla prodotto con siero sanguigno umano fu contaminato senza che nessuno se ne accorgesse con il virus dell'epatite, e fu somministrato ai militari (50.000 casi di epatite furono registrati tra le truppe americane). Oggi invece questo tipo di incidenti non si verificano più, perché i produttori sono molto attenti.

Inoltre, in molti casi, il malfunzionamento del vaccino non è questione della sua efficacia, ma un difetto indotto da una cattiva conservazione.
La vaccinazione, oltre all'obiettivo di difendere l'individuo dalla malattia infettiva, ha anche un secondo scopo, più ambizioso, e cioè il raggiungimento e mantenimento di alti tassi di copertura vaccinale (almeno il 95%), così da ottenere l'eradicazione di una malattia da un'intera nazione o da tutto il mondo.
«È questo un obiettivo strategico fondamentale per i Paesi interessati dall'epidemia, ma anche per i Paesi non epidemici e per quelli, tra cui l'Italia, che hanno raggiunto l'eliminazione della malattia dal loro territorio» (circolare ministeriale, Roma 27 agosto 1994).
«L'uomo non ha mai avuto a disposizione armi preventive più efficaci delle vaccinazioni. Il vaiolo è l'esempio classico che viene sempre ricordato a questo proposito: non si è verificato nessun caso di malattia naturale dall'ottobre 1977. L'eradicazione del vaiolo deve servire come modello per molte altre malattie verso le quali disponiamo di efficaci misure d'immunizzazione e verso le quali è possibile instaurare un buon sistema di sorveglianza e d'isolamento» (da una recensione del libro *I vaccini*, Giorgio Bartolozzi, Carocci Ed. 1994).
Nel piano nazionale vaccini 1999-2000 (disponibile su www.sanita.it) le autorità sanitarie italiane confermano di porsi come obiettivo un livello di copertura vaccinale di almeno il 95% su tutto il territorio, per tutte le vaccinazioni facoltative e obbligatorie entro i 2 anni di età. Attualmente la copertura per le facoltative è intorno al 45%, per le obbligatorie sopra il 90%.

VACCINAZIONI: LA RISPOSTA DI VERONESI

Dopo l'inchiesta sui vaccini di "Panorama", il ministro nega i pericoli per i bambini, ma promette che farà di tutto per accelerarne la messa al bando.

«Ho letto con sorpresa su "Panorama" l'articolo sui "vaccini al mercurio". Con sorpresa perché spesso quando si parla di vaccini salta fuori qualcuno che dice che possono essere pericolosi.
«La medicina, come è noto, è una scienza empirica e quindi in assoluto non si può escludere che un vaccino (che contiene il virus del male da combattere) possa creare qualche conseguenza. Ma bisogna tenere conto che questo rischio è infinitesimale mentre il beneficio che si ottiene è

l'eradicazione di un male. Basta pensare al vaiolo, alla poliomielite, cioè a milioni e milioni di vite salvate.
«Per quanto riguarda, in particolare, la presenza del mercurio o di suoi derivati nei vaccini per l'infanzia, si è data forse eccessiva enfasi a un provvedimento che pur intervenendo sulla tutela della salute basandosi sul principio di precauzione, disciplina i tempi della dismissione di un procedimento farmacologico di cui non è provata la dannosità.
«Nessun organismo scientifico internazionale (*Organizzazione Mondiale della Sanità*, Food and Drug Administration, USA, ed. Emea, UE) ha ritenuto necessario il ritiro immediato dei vaccini contenenti mertiolato né ha individuato un termine per la sua eliminazione. L'Italia invece è l'unico Paese dell'Unione Europea ad avere indicato un termine per l'eliminazione del mercurio e dei suoi derivati (come il tiomersale) dai vaccini. Una scelta basata sul principio di precauzione e di massima cautela di fronte a una pericolosità solo ipotizzata, tanto è vero che non ha trovato da parte degli organismi internazionali alcun sostegno scientifico».

Umberto Veronesi
Tratto da "Panorama", 8 marzo 2001

5.2 I motivi per non vaccinare

Dal confronto con i Paesi non vaccinati (la Svezia ha sospeso le ultime vaccinazioni già da 20 anni), vediamo come le preoccupazioni paventate in Italia per giustificare l'uso dei vaccini non corrispondono a quel grande pericolo che ci minaccerebbe se smettessimo di vaccinare: per esempio, l'incidenza di tetano è nulla in Italia come in Giappone o Svezia.
La vaccinazione nel primo anno di vita viene motivata in base al fatto che il bambino, avendo un sistema immunitario relativamente immaturo, è considerato essere più suscettibile alle malattie infettive. Però, un corollario immediatamente conseguente a questa stessa considerazione è che il sistema immunitario e quello nervoso dei neonati, essendo appunto immaturi, sono potenzialmente più vulnerabili agli effetti tossici di vaccini, tossoidi e mercurio iniettati. Le vaccinazioni vanno a indurre nel bambino proprio ciò che la natura voleva evitare. Nel neonato ci sono due stadi nello sviluppo del cervello che richiedono intenso utilizzo di zolfo. Il primo si attua nella fase di formazione delle strutture cerebrali, il secondo durante la mielinizzazione del tessuto cerebrale,

che avviene in buona parte nel periodo dal terzo fino al quindicesimo mese di vita. **Questo periodo critico per l'organizzazione di base del cervello coincide, come sappiamo bene, con il periodo delle vaccinazioni infantili.**
L'evento delle vaccinazioni comporta fenomeni immunologici indotti con perdita notevole di zolfo (Noseda, 1987; Zlatkin, 1990; Goldberg, 1993; Zanni, 1994). Il neonato non abbonda di materiale per la solfatazione e l'improvvisa perdita di zolfo a seguito delle vaccinazioni mette in competizione tessuti cerebrali e intestinali per quel che resta di questo materiale cruciale. La natura si è intenzionalmente appoggiata, nel primo anno di età, a meccanismi difensivi che non prevedono produzione di anticorpi specifici, fornendo al neonato reazioni esclusivamente fagocitarie (di tipo IgA) e le difese immunitarie veicolate attraverso il latte materno. Non a caso i bambini vittime di vaccinazioni accusano una varietà di sintomi tra cui dolori e infiammazioni intestinali, alterata permeabilità intestinale, danni cerebrali, patologie demielinizzanti.
Tra le vaccinazioni infantili, quella per l'influenza è la prima che possiamo escludere. In primo luogo contiene mercurio e alluminio, inoltre è un vaccino a virus vivo attenuato, quindi sconsigliato da usare contemporaneamente ad altri vaccini (che producono temporanea immunodepressione).

VACCINO PER L'INFLUENZA

Secondo studi del prof. Hugh Fudenberg, leader mondiale in immunogenetica e 13° più quotato biologo dei nostri tempi (quasi 850 articoli pubblicati in riviste scientifiche), se un individuo ha avuto 5 consecutive vaccinazioni tra il 1970 e il 1980, le sue probabilità di sviluppare il morbo di Alzheimer sono 10 volte superiori rispetto al caso che egli avesse avuto una, due o nessuna vaccinazione antiinfluenzale.
Ciò si spiega perché i vaccini antinfluenzali contengono mercurio e alluminio. Il mercurio iniettato attacca la barriera ematoencefalica e interferisce con la sua funzione, permettendo così il passaggio e l'accumulo, tra le altre sostanze, dell'alluminio nel cervello. Il graduale accumulo di mercurio e alluminio nel cervello causano disfunzioni cognitive e la possibilità di Alzheimer quadruplica nei soggetti studiati.

La vaccinazione antipertosse è sicuramente la vaccinazione più temuta di tutte. Sospesa dal governo svedese nel 1978 per l'incidenza e gravità delle reazioni avverse, persino l'American Medical Association ha ammesso nel

1982: «Sembra tuttavia che gli attacchi provocati dal vaccino, nella loro rarità, siano nettamente più frequenti dei danni cerebrali o residui secondari a tali attacchi».
Di malattie innocue come morbillo, parotite e rosolia già abbiamo parlato. In caso di malattia, vitamina C, vitamina A e cloruro di magnesio alleviano i sintomi e ne riducono sensibilmente il decorso. I vaccini per morbillo, parotite e rosolia interferiscono con la formazione di anticorpi permanenti e con il decorso della malattia stessa.

NOTE CONTROINDICAZIONI

Nel 1970 il Ministero della Sanità USA rivelava che il 26% dei bambini che avevano contratto la rosolia, durante i programmi sperimentali nazionali, avevano sviluppato artralgia e artriti.

L'Italia è l'unica nazione **al mondo** ad avere l'antiepatite B obbligatoria per i neonati. Della antiepatite per i neonati non sono convinti neanche i più caldi sostenitori delle vaccinazioni. Tra i tanti, Sabin, creatore dell'omonimo vaccino, intervistato a "Mi manda Lubrano" (trasmissione di RaiTre messa in onda il 4 dicembre 1991) sottolinea la mancanza di utilità dell'iniezione: «L'obbligo di vaccinazione dell'epatite B su neonati è un grossolano errore, il vostro ministro (De Lorenzo) è stato consigliato male». Infatti il contagio si diffonde per scambi di siringhe, rapporti irregolari o trasfusioni. Meno dell'1% dei casi riguarda i bambini piccoli, e questa minima percentuale è attribuibile a casi prevedibili, cioè figli di donne portatrici. I bambini non sono a rischio di contagio, ma non sono neanche a rischio di malattia. Infatti per motivi proprio di fisiologia la malattia non può svilupparsi, neanche nei portatori di virus, prima dei 15 anni, e quindi anche nel loro caso non ha senso usare il vaccino prima di tale età.

NOTI EFFETTI COLLATERALI DEL VACCINO

Francia, 1 ottobre 1998: il governo ha sospeso l'obbligo di antiepatite. Un'associazione ha raccolto la documentazione di 14 morti e 823 danneggiati per lo più di sclerosi a placche, da un vaccino dello stesso produttore usato in Italia. Secondo la prestigiosa rivista medica "The Lancet" (9 novembre 1991), reazioni avverse a tale vaccino vanno da neuriti ottiche, a paralisi di Guillen Barré e sclerosi multipla.

Rimangono polio, tetano e difterite

Sabin ammette che il (suo) vaccino antipolio garantisce una copertura per soli 5 anni, cioè se il vaccino fosse l'unico modo di evitare la polio bisognerebbe somministrarlo continuamente (16 volte fino a 80 anni).

VACCINO ANTIPOLIO

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) riporta che su 34 nazioni in via di sviluppo (Africa, America Latina) vaccinate con il vaccino vivo, 24 hanno registrato un aumento dei casi di poliomielite. È stato riportato persino davanti al Congresso degli Stati Uniti che, in tale Paese, l'87% dei casi di polio dal 1970 in poi derivavano dall'uso del vaccino antipolio.

Nel periodo 1982-84 negli Stati Uniti ci sono stati in tutto 9 casi di tetano tra bambini e adolescenti, e tra questi non ci furono morti (Neustaedter, 1981). L'incidenza infantile di tetano è nulla anche in Paesi dove non si vaccina (Giappone, per esempio).

VACCINO PER IL TETANO

L'Italia è l'unica nazione tra quelle europee e industrializzate dove la vaccinazione infantile per il tetano è obbligatoria. I casi di tetano in Italia sono nell'ordine delle 90 unità all'anno, di cui l'85% sopra i cinquant'anni. Il tetano è una malattia dell'età adulta. Da qui si deduce che l'opportunità di usare milioni di dosi ogni anno sui bambini in Italia è molto discutibile.
In alcuni Paesi del Terzo Mondo si verificano casi di tetano nei neonati, ma ciò è dovuto a «Procedure inesatte di tagli del cordone ombelicale che producono contaminazione», nei confronti dei quali la vaccinazione non è preventiva (Cournoyer, 1987). Tali infezioni potrebbero essere rettificate con successo fornendo istruzioni appropriate e training al personale infermieristico addetto ai parti.

L'obbligo della vaccinazione di massa della difterite risale a prima della Seconda Guerra Mondiale, quando non c'erano terapie per la malattia. Con la successiva scoperta degli antibiotici questa affezione batterica diventa facil-

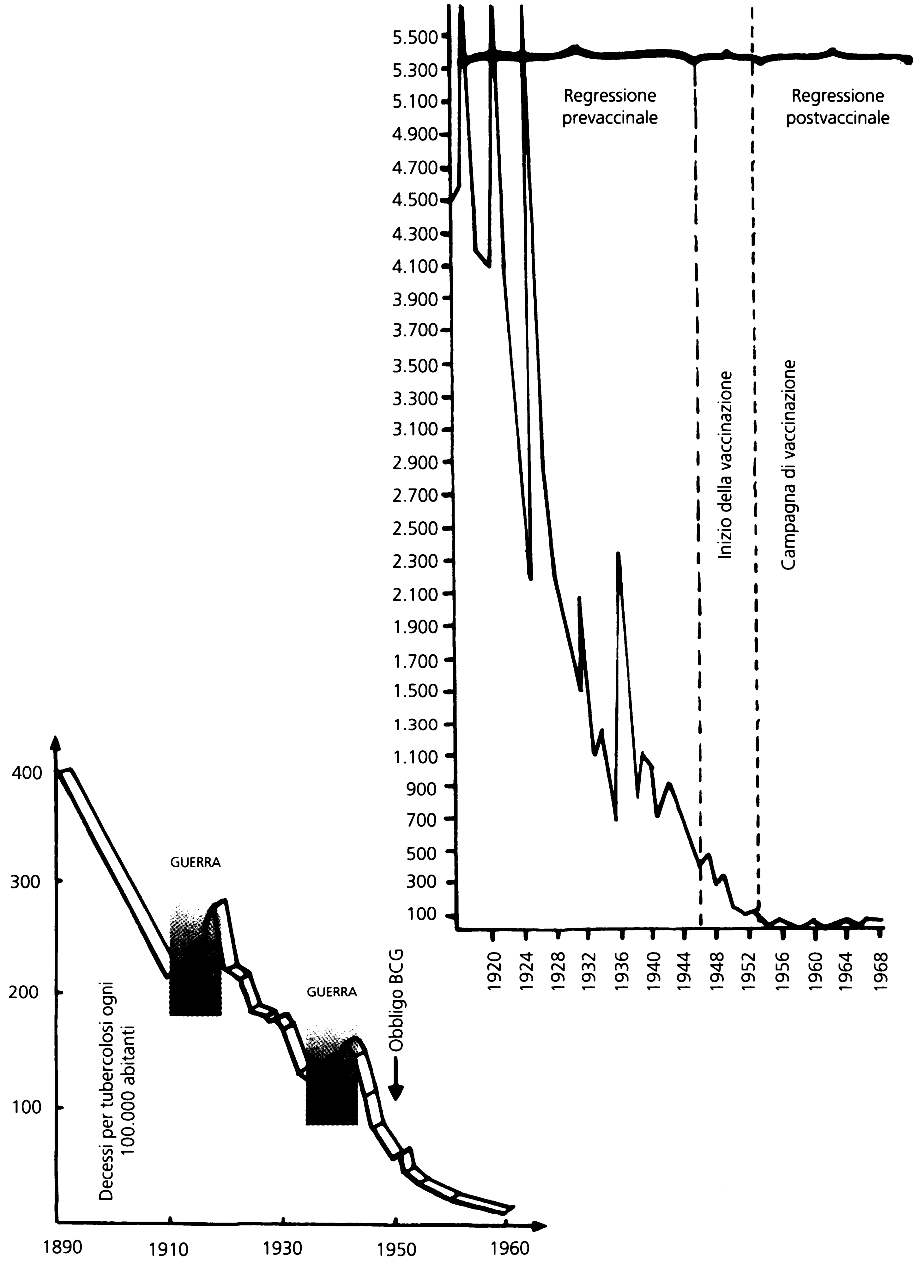
mente trattabile e noi stiamo inoculando milioni di bambini un vaccino pericoloso per una malattia pericolosa nel passato.

LA DIFTERITE IN GERMANIA

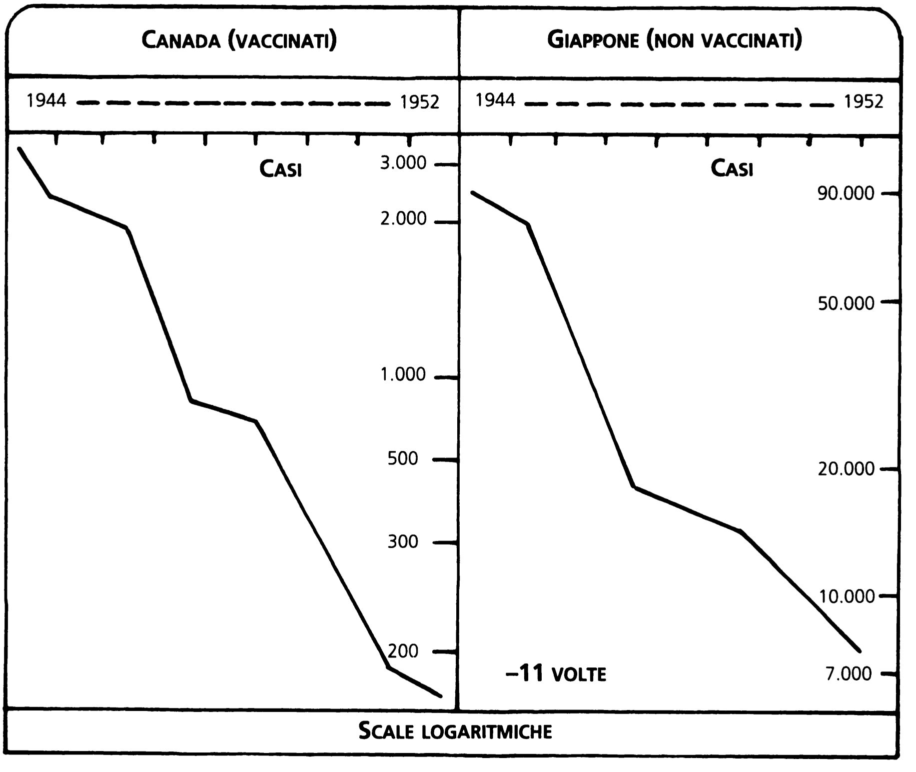
La difterite in Germania, diminuita al termine della Prima Guerra Mondiale, iniziò a risalire attorno al 1930; raggiunse il suo massimo nel 1943, durante la Seconda Guerra Mondiale, **confermando ancora una volta che gli aumenti delle malattie infettive vengono favoriti da particolari condizioni di vita, si legano all'igiene, alle difficoltà di sostentamento e ai modi di vita della popolazione.**

5.3 La controversia delle statistiche

L'andamento della tubercolosi in Francia evidenzia una decisa e costante diminuzione (interrotta solo dalle due guerre mondiali) prima ancora dell'introduzione del vaccino antitubercolosi.
Allo stesso modo, la pertosse era diminuita in Gran Bretagna prima dell'inizio della vaccinazione (si vedano i grafici di pag. 64).
In molte nazioni l'incidenza di malattie infettive è calata gradualmente senza l'intervento delle vaccinazioni, in altre queste sono state introdotte quando la fase naturale di regressione epidemica aveva già fatto diminuire l'incidenza del 90-95%. L'incidenza della difterite, per fare un esempio, è diminuita nello stesso modo in Giappone (non vaccinato) e in Canada (dove il merito della regressione è stato forse frettolosamente attribuito esclusivamente alla vaccinazione); vedi a tale proposito i grafici di pag. 65. Cioè le vaccinazioni sono state introdotte in alcuni Paesi in un periodo in cui la malattia sarebbe scomparsa comunque per le migliori condizioni igieniche e di vita.
Eppure l'incidenza della scarlattina è calata allo stesso modo di altre grandi malattie del passato senza l'impiego di alcun vaccino. Per consultare tutte le statistiche, rimandiamo comunque il lettore ad alcune opere molto approfondite sull'argomento, come per esempio *Vaccinazioni, l'altra faccia della medaglia*, Macro Edizioni, di Paolo Bigatti. Qui noi tratteremo la questione statistica solo relativamente alla poliomielite.
I fautori delle vaccinazioni ci hanno mostrato per anni come le vaccinazioni abbiano contributo a debellare la malattia (grafico di destra a pag. 64).
Il grafico a sinistra del disegno della pag. 66, presentato nel 1991 in Svizzera

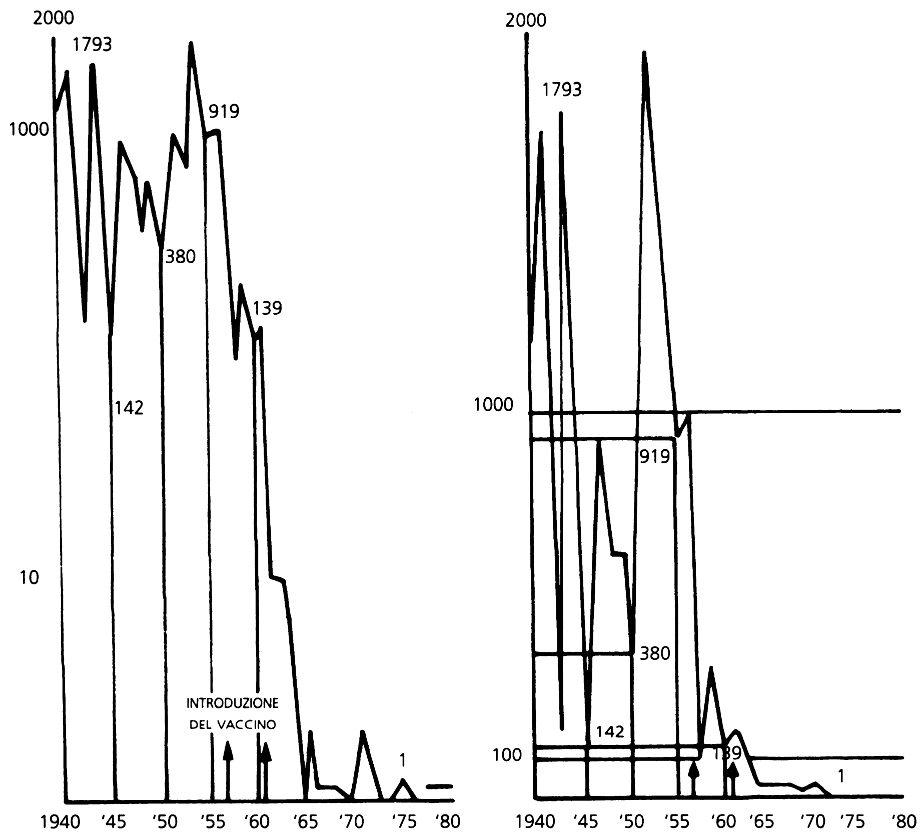


Il grafico a sinistra rappresenta il declino in Francia della tubercolosi, avvenuto prima dell'introduzione del vaccino antitubercolosi ed evidenzia il contributo dei due conflitti mondiali (dati INSERM).
Il grafico a destra evidenzia il declino in Gran Bretagna della pertosse, su cui non ha influito l'inizio della vaccinazione antipertosse (dati ufficiali del Ministero britannico in "Registrar General Statistic Review").



I grafici evidenziano che il declino della difterite in Canada è avvenuto nello stesso modo di quello in Giappone, dove non è stato attuato nessun programma di vaccinazione.

dall'Ente per la Promozione delle Vaccinazioni, riporta l'andamento nazionale dei casi di polio su un grafico appiattito in verticale (scala semilogaritmica). Il grafico a destra di pag. 66 riporta le stesse statistiche, **ma in scala reale** (e quindi non come quello di sinistra, riprodotto in scala semilogaritmica, che può dare un'idea falsata). Si osserva che una prima diminuzione, da 2.000 a 1.000 casi è avvenuta prima del 1955 (prima dell'introduzione del vaccino nel 1956). Una seconda diminuzione, da 1.000 casi a 100 casi, non indica una diminuzione della poliomielite, ma deriva da un cambiamento del conteggio dei casi.
Fino al 1955 erano considerati affetti da poliomielite tutti i pazienti che ne presentavano inizialmente i sintomi, dunque anche coloro che la contraevano in forma benigna e guaribile in pochi giorni. Nel 1955, la base della diagnosi di polio è stata cambiata: sono considerati affetti da polio soltanto quei pazienti che, 60 giorni dopo il manifestarsi della malattia, soffrono di paralisi. Questo significa considerare affetto da polio soltanto chi la contrae in modo



Andamento della poliomielite dal 1940 al 1980, a sinistra la scala semilogaritmica sembrerebbe indicare un'influenza dell'inizio delle vaccinazioni, a destra, invece, in scala reale.

grave e con conseguenze permanenti, tralasciando tutti gli altri casi benigni che in 60 giorni sono già risolti e dimenticati! Ecco dunque come la polio, grazie alle statistiche, è diminuita per merito del vaccino.
Allo stesso modo, i sostenitori dei vantaggi del vaccino antipolio riportano che negli USA si è passati dai 15.600 casi del 1953 a soli 2.499 casi nel 1957. Ebbene il prof. Bernard Greenberg, che durante le epidemie di polio degli anni '50 fu presidente della Committee on Evaluation and Standards della American Public Health Association, ha ricordato nella seduta del Congresso USA sui vaccini antipolio (HR0541, maggio 1962), che nel valutare l'abbassamento dei casi riscontrati bisognava tenere conto dell'effetto dei «Cambiamenti nella diagnosi, sia nelle definizioni che nei metodi, che hanno comportato un abbassamento istantaneo dell'incidenza di polio dai primi anni 1953 al 1957».
In pratica, l'effetto principale della diminuzione è da attribuirsi al fatto che

non vengono più conteggiati i casi di polio lieve e benigna, ma solo i casi con paralisi. Tra gli altri fattori sottolineati dal prof. Greenberg, c'è il dato di fatto che prima del 1955 una gran parte dei casi classificati come polio paralitico erano in realtà casi di meningite asettica. Dopo il 1955 invece questi conquistano una categoria tutta loro e in effetti c'è un balzo in alto improvviso della loro incidenza.

Infine, come ci fa notare il dott. G.P. Vanoli nella sua opera classica *Guida alla salute naturale* (1991): «In Italia prima del 1966 (anno dell'obbligo della vaccinazione antipolio) la distrofia muscolare si chiamava poliomielite, veniva regolarmente inserita nei casi statistici di paralisi da polio. Infatti se chiedete a un medico con più di 55 anni egli vi confermerà che questi tipi di paralisi venivano il più delle volte identificati come poliomielite. La distrofia muscolare era quasi sconosciuta (come nome) prima delle vaccinazioni antipolio, oggi in Italia vi sono 150.000 casi circa. (...) Dopo l'obbligo delle vaccinazioni antipolio, la poliomielite doveva scomparire ancora più rapidamente dalle statistiche. Così si divisero le paralisi per polio in due tipi, ma di fatto le si è cambiato nome. Ciò per far convogliare altri soldi per la ricerca delle cause che ci dicono essere sconosciute e ci raccontano che questa è una nuova malattia causata da un virus sconosciuto».

La distrofia muscolare è caratterizzata clinicamente dallo stesso decorso e sintomi della polio acquisita da vaccino orale di Sabin. Il quotidiano "Il Piccolo", dell'8 novembre 2000, riporta di un tetraplegico di 25 anni, Michele C., di Matelica, che «Insieme alla famiglia combatte la sua battaglia da 24 anni. A provocare le sue menomazioni è stata, nel 1976, quando aveva meno di un anno, una partita difettosa di vaccino Sabin antipoliomielite. Per anni, racconta, è stato persino impossibile attribuire alla vaccinazione le conseguenze subìte (un danno neurologico con forte inflaccidamento muscolare su tutto il corpo che lo costringe a usare una sedia a rotelle)».

Alla trasmissione "Mi manda Raitre" del novembre 1999, venne presentato il caso di Mattia, di Rocca Sinibalda, sanissimo, che 15 giorni dopo la vaccinazione, manifestava improvvisa paralisi e febbre alta. Il pediatra locale ha indirizzato subito i genitori all'ospedale infantile di Roma dove negavano che fosse polio da vaccino.

Capitolo 6

L'autocertificazione dei non vaccinati

6.1 Cosa fare quando si decide di non vaccinare i figli

Prima della lettura del testo seguente, si consiglia una breve lettura dello schema riportato a pag. 70 i cui punti sono spiegati dettagliatamente in questo paragrafo.

Colloquio con il dirigente AUSL

Due mesi dopo la nascita, i responsabili delle vaccinazioni della vostra AUSL vi inviano la cartolina preannunciandovi vaccinazioni obbligatorie e facoltative al terzo mese. Potete anche sentirli per telefono o recarvi di persona, è importante comunque che mandiate una comunicazione scritta per raccomandata con ricevuta di ritorno alla AUSL (vedi esempio di lettera a pag. 72).
Dopo la vostra lettera, la AUSL vi deve convocare con raccomandata a un colloquio formale con un medico, adempiendo così all'obbligo della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 che gli impone la ricerca del vostro consenso. Non attaccate mai direttamente tutte le vaccinazioni o l'idea di vaccinazione, ma evidenziate che ciò che non vi convince è la mancanza di garanzie, **il rischio al buio**.
Selezionate le vostre argomentazioni prendendo spunto dal capitolo "Riferimenti legislativi sulle vaccinazioni" a pag. 107. Per esempio, sono disponibili presso l'Associazione per la protezione della salute (tel. 0547 346290) due perizie medico-legali prodotte per la Corte d'Appello di Trieste, secondo cui «La vaccinazione infantile antiepatite B non costituisce utile salvaguardia

COSA SUCCEDE A CHI NON VACCINA I FIGLI: SCHEMA RIASSUNTIVO

- Il genitore ha un colloquio con il responsabile AUSL, che cercherà il consenso a vaccinare.
- Il genitore viene chiamato dal Tribunale dei Minori (su segnalazione della AUSL), che accerta i motivi del rifiuto. (In alcune province del Veneto, Trentino o Emilia Romagna le autorità sanitarie hanno invitato le AUSL a non segnalare più la cosa ai Tribunali, per prese di posizione definitive dei Tribunali dei Minori stessi. Inoltre la segnalazione non avviene in quelle aree del Sud Italia che hanno problemi a raggiungere adeguati livelli di vaccinazione della popolazione infantile, sembra per problemi di approvvigionamento.)
- Esistono difficoltà, in teoria, di accesso alle comunità infantili, come la scuola materna. Non più alla scuola dell'obbligo e per gli esami di licenza elementare e media, visto il DPR n. 355 del 26 gennaio 1999.
- Volendo documentarsi presso il CO.MI.L.VA. e Vaccinetwork (vedi a pag. 116 "Indirizzi utili") si può sapere in quali casi altri genitori hanno evitato la sanzione amministrativa (che va da 300.000 a 380.000 lire se si rifiutano tutte le vaccinazioni).
- Il non vaccinare è punito per legge con una sanzione amministrativa. Dieci anni fa ci sono state tre vaccinazioni forzate (intervento dei carabinieri), ma ciò è risultato un provvedimento illegittimo. Non è possibile che una legge dia per sottintesa una sanzione grave senza prevederla esplicitamente e, secondo il Codice Penale, se una legge prevede già una sanzione per il non ottempero di una normativa (cioè la multa per chi non vaccina), non è possibile punire i trasgressori con un'altra sanzione (quale la revoca alla patria potestà) non preventivata dalla legge stessa, e in effetti ciò non avviene più.
  In passato sono stati coinvolti i sindaci nel dirimere i casi di obiezione alle vaccinazioni infantili (senza che peraltro nessuno di quelli chiamati in causa negli ultimi anni abbia dato luogo a procedere proprio in base a queste considerazioni e alla mancanza di test preventivi). Oggi, per disposizioni stesse del Ministero della Sanità, la procedura non prevede il loro intervento.

per la salute» e «Le vaccinazioni antidifterica e antipoliomielite non costituiscono utile salvaguardia per la salute del minore».

Il Tribunale dei Minori convoca i genitori

Il genitore viene chiamato dal Tribunale dei Minori (su segnalazione della AUSL), che accerta i motivi del rifiuto. È possibile che in questa fase riceviate la visita a casa di un'assistente sociale che redigerà una relazione al giudice sulla situazione della famiglia e in particolare su come "appare" il bambino. Un magistrato vi chiamerà per un colloquio ascoltando le motivazioni del rifiuto. Nel colloquio è fondamentale ribadire che **non siete contrari alle vaccinazioni in sé, ma solo al rischio al buio**, senza test o tentativi per prevenire casi avversi irreversibili, che risultano nella letteratura scientifica e per i quali è previsto dalla legge anche l'indennizzo. Perciò ritenete indispensabile perlomeno attendere che si codifichino i test che il Ministero della Sanità ha affermato di stare preparando da anni, cioè dal luglio 1994 (e che in realtà non codificherà mai, sia per un discorso di non assegnare responsabilità, sia per i costi che comporterebbe eseguirli su centinaia di migliaia di bambini all'anno). In pratica, una volta verificato il grado di accudimento del bambino, il vostro caso sarà archiviato dal giudice.
L'assunzione (per cui siete stati chiamati dal giudice) che cioè non vaccinare arrechi pregiudizio al minore può essere ribaltata. Ecco perché, qualora si vada in udienza, occorre dimostrare che la mancata vaccinazione è decisione che non si inserisce in un contesto di trascuratezza.
In alcune province del Veneto, Trentino o Emilia Romagna le AUSL non danno seguito alla cosa non segnalando più la vaccinazione ai Tribunali, per prese di posizione definitive dei Tribunali dei Minori stessi. A parte queste poche province, nel resto d'Italia le AUSL segnalano la pratica al Tribunale dei Minori, ma in molte regioni l'archiviazione d'ufficio è generalizzata, spesso per segnalazioni o delibere regionali (Piemonte, Emilia Romagna, Veneto). Nelle Marche e in Puglia, il Tribunale dei Minori chiama i genitori in udienza, ma poi archivia.

Accesso alle comunità infantili

In mancanza di direttive della vostra Regione sull'argomento, è il direttore della scuola materna che decide l'ammissione o meno del bambino all'asilo. Fate presente i documenti approvati anche da regioni diverse dalla vostra (vedi il capitolo "Riferimenti legislativi sulle vaccinazioni" a pag. 107). Con molta probabilità vi sarà richiesto un "certificato di buona salute" del medico

LETTERA ALLA AUSL

Data, ...

Spett.le AUSL di ....
Via ....
Città ....

Oggetto: vaccinazioni obbligatorie

Noi sottoscritti .... (nome di entrambi i genitori), residenti in ...., via ...., genitori del/la minore .... nato/a .... il ...., pur essendo stati informati dei rischi nel non sottoporlo a vaccinazione contro: ...., riteniamo, allo stato attuale delle cose, che la migliore scelta per la sua salute sia di non vaccinarlo/a.
Non siamo contrari alla vaccinazione in sé, ma al rischio al buio, e riteniamo assurda la sottintesa giustificazione che i danni da vaccini colpiscono pochi vaccinati.

La sentenza n. 258 del 1994 della Corte Costituzionale afferma la necessità di sviluppare test preventivi e il diritto dei genitori di richiederli.
Dal giugno 1994 il Ministero della Sanità ha annunciato più volte la codificazione di tali test e la relativa proposta di legge a partire dal luglio 1994, che tuttora però non è stata presentata. Inoltre la sentenza della Corte Costituzionale n. 307 del 22 giugno 1990 richiama il principio della responsabilità personale del medico ai sensi del Codice Civile (art. 2043, risarcimento per fatto illecito), qualora effettui un trattamento sanitario non accompagnato dalle «Cautele e condotte secondo le modalità che lo stato delle conoscenze scientifiche e l'arte prescrivono in relazione alla sua natura», che certamente non possono essere il nulla della prassi attuale.
Ciò significa che, al di là del fatto che la legge attuale non prevede alcun test di compatibilità, il medico è tenuto a effettuarli ugualmente o, in caso di impedimento per mancanza di strumenti o conoscenza, di sospendere la vaccinazione, segnalando il fatto all'amministrazione sanitaria, per non assumersi la responsabilità in prima persona (art. 2043).

Distinti saluti.

Firma del padre ....
Firma della madre ....

Per informazioni più dettagliate su questa procedura contattare:
Federazione CO.MI.L.VA, tel. 040 393536, e-mail: comilva@comilva.org
oppure
Vaccinetwork (Movimento per la libertà di vaccinazioni), tel. 059 310797
http://www.vaccinetwork.org
e-mail: info@vaccinetwork.org

curante, oppure il responsabile della scuola materna si dichiarerà "in attesa del pronunciamento del Tribunale".
La Costituzione sancisce i diritti dell'individuo e quelli della comunità. Essendo il vaccino valido per difendere dal contagio, i diritti della comunità vaccinata sono garantiti da tale protezione delle vaccinazioni: nessun non vaccinato potrà contagiare i bambini sottoposti a prevenzione specifica. D'altra parte anche un non vaccinato ha diritti secondo la Costituzione, a meno che questi non vengano limitati da una legge.

Iscrizione scolastica

All'atto di iscrizione alla scuola dell'obbligo al genitore del bambino non vaccinato sarà chiesto di riempire un modulo di autocertificazione appositamente predisposto dal Ministero della Sanità.

Conclusioni

Riepilogando, resta la multa, il colloquio col giudice, un certo vuoto normativo relativamente all'accesso alla scuola materna.

6.2 L'esonero

Abbiamo visto come la situazione attuale dell'obbligo per le vaccinazioni infantili preveda comunque una via di uscita per i "genitori obiettori", che si piegano agli obiettivi dettati dalla normativa in vigore.
La domanda nasce spontanea se la legge dell'obbligo preveda l'esonero e se questa strada sia dunque eventualmente percorribile. La risposta è **sì**: la legge prevede l'esonero, ma solo nei casi estremi e dunque tale opzione è difficilmente accessibile.
In pratica è molto più facile non vaccinare aspettando l'accertamento del giudice e la sanzione amministrativa. Comunque alcuni genitori vorranno provare a ottenere l'esonero dal medico curante: «Il medico curante valuterà lo stato di salute del bambino e indicherà se la vaccinazione deve essere rimandata o evitata» (www.sanita.it, estratto dal documento malinf.doc). È difficile che il medico curante o il medico vaccinatore ammettano o concedano l'esonero.
Secondo le indicazioni di legge, la procedura per ottenere l'esonero è applicabile solo in un numero limitatissimo di casi che riportiamo di seguito:
«È opportuno che al bambino non vengano somministrati vaccini quando:
- ha manifestato gravi reazioni a precedenti vaccinazioni;

- è affetto da malattie neurologiche in evoluzione;
- è affetto da malattie congenite del sistema immunitario;
- è allergico alle proteine dell'uovo (se il vaccino ne contiene);
- è allergico ad alcuni antibiotici quali streptomicina e neomicina (se il vaccino ne contiene);
- è affetto da malattie quali leucemie, tumori, AIDS».

Oltre a ciò, con la circolare del Ministero della Sanità 22 aprile 1998 (intitolata "Analisi di compatibilità con HLA prevaccinazioni"), che recepisce un pronunciamento dell'Istituto Superiore di Sanità del 7 aprile 1998, il Ministero della Sanità ha invitato le AUSL a soprassedere e concedere gli esoneri qualora i genitori esibiscano certificazioni mediche recanti risultati dei seguenti test: HLA, tipizzazione tessutale e sottopopolazioni linfocitarie. Per il test HLA si può contattare il dott. Montinari (vedi capitolo "Indirizzi utili").

6.3 Il CO.MI.L.VA. risponde

I testi riportati di seguito sono una serie di domande e risposte estratti dalla sezione "Lettere alla Federazione" apparsa sul "Notiziario" n. 4 del 2001 della Federazione CO.MI.L.VA.

Lettera di Barbara

«Ho seguito le vostre indicazioni per mia figlia di quasi 4 anni relativamente a una vaccinazione antipolio, 4° richiamo. Dopo aver inviato la lettera ALLEGATO 2 del vostro manuale di sopravvivenza legale, l'AUSL di Mantova mi ha spedito una raccomandata con ricevuta di ritorno con oggetto: "Convocazione della commissione vaccinazioni per esaminare la situazione; inadempienza vaccinale del figlio/a per rifiuto vaccinazioni".
«Con questa "gentilissima" lettera (scritta a lettere cubitali) comunicano, ma non invitano, il giorno della riunione e il luogo, richiedono inoltre di fornire la documentazione clinica relativa alle eventuali patologie di cui è stato o è tuttora affetto il bambino/a (mia figlia ha una dermatite riscontrata da diversi dottori). Bene, a questo punto mi chiedevo se devo andare davanti alla "Santa Inquisizione" o cosa succede ora? Voi cosa proponete?»
RISPOSTA
«Come per ogni altro caso di obiezione, suggerisco sempre intanto di rispondere alle sollecitazioni AUSL con una lettera (raccomandata con rice-

vuta di ritorno) in cui i genitori prendono posizione sull'obbligatorietà dei vaccini, non certamente dichiarandosi contro, ma comunicando di voler approfondire la questione non ravvisando al momento l'esistenza di tutte le garanzie per procedere alla vaccinazione. Nel caso di Barbara, mi pare di capire che la lettera sia stata spedita e abbia avuto risposta. A questo punto, se si viene invitati a incontri più o meno ufficiali, è bene presentarsi a ogni invito che le istituzioni ci fanno, andandoci con la serenità e la convinzione delle nostre tesi, arrivando documentati più possibile con statistiche, studi ecc. Tanto più che nel nostro caso, vi sono controindicazioni sanitarie certificate, oltre alle consuete fondatissime obiezioni, ed è per questo che è stata attivata la commissione.
«Questo onde evitare che il comportamento dei genitori venga considerato un rifiuto aprioristico, un ribellismo fine a se stesso, e quindi fatto passare per un comportamento genitorialmente poco corretto. Invece è bene partecipare a viso aperto, chiarendo la nostra posizione con fermezza e tranquillità.
«Comunque nessun problema, poiché stante l'attuale condizione della legislazione e le inesistenti possibilità coercitive dell'AUSL (che potrà solo fare una multa e segnalare il caso al Tribunale dei Minori, che poi affronteremo eventualmente, e con successo), Barbara potrà stare tranquilla e proseguire sulla strada dell'obiezione.
«Una domanda: ma non le hanno proposto il modulo di dissenso informato (che diventa la procedura standard, secondo il DPR n. 355 del 1999)?»

Lettera di Marco

«Devo vaccinare mia figlia Giada di 6 anni contro il tetano e la difterite altrimenti non la prendono a scuola. La mia dottoressa mi ha detto che in commercio ci dovrebbero essere vaccini con dosaggi di mercurio molto più bassi rispetto a quello passato dalle AUSL. Sapreste indicarmi gentilmente il nome del prodotto e i diritti che ho e ciò che posso richiedere?»
Risposta
«Innanzitutto è completamente fuori luogo il fatto che la bambina non possa essere accettata a scuola e chi ti ha riferito questa notizia quantomeno non è una persona informata o, se volessimo pensare male, sta cercando di convincerti affermando il falso. Ricordiamoci del DPR n. 355 del 1999 ("Gazzetta Ufficiale" n. 243 del 15 ottobre 1999), che consente l'accesso alla scuola dell'obbligo anche ai bambini non vaccinati.
«Aggiungo che se un dirigente scolastico (Preside, Direttore, Provveditore) rifiuta un'iscrizione a scuola o un'ammissione di alunno non vaccinato (vio-

lando così il DPR n. 355 del 1999), rischia una denuncia per abuso, nonché una causa di risarcimento danni. Per quanto riguarda l'esistenza di vaccini senza mercurio, è pur vero che esistono, ma non in monodosi, bensì in dosi combinate di più vaccini (pentavaccino o esavaccino). In questo modo non puoi fare a meno di fare anche alcuni vaccini facoltativi come la pertosse o l'antiemofilo (vaccino per l'influenza) dal nostro punto di vista ciò non è quantomeno corretto da un punto di vista deontologico.»

Lettera di Maurizio

«Esiste la possibilità di ricorrere per la vaccinazione antiepatite B del 12° anno in base al fatto che l'avviso della AUSL venga inviato dopo il compimento del 12° anno stesso (per cui il minore è già entrato nel 13° anno)?
«Se è possibile una tale interpretazione potresti indicarmi eventuali riferimenti normativi? »

RISPOSTA (A CURA DELL'AVV. VENTALORO)

«Quasi sempre, il motivo principale su cui fondare i ricorsi alle sanzioni per l'antiepatite B era quello del decorso del 12° anno di età. E in effetti, generalmente, è proprio questo l'elemento su cui si incentra la difesa (oltre naturalmente a tutte le altre numerose osservazioni di carattere legale), e quasi sempre con successo.
«I richiami normativi sono i seguenti:

1. art. 1, comma 2, legge n. 165 del 27 maggio 1991;
2. circolare del Ministero della Sanità n. 5 del 7 aprile 1999 (nuovo calendario vaccinazioni obbligatorie);
3. l'esercizio legittimo di un dovere dei genitori di fronte alla oramai documentata tossicità della vaccinazione antiepatite B (art. 4, legge n. 689 del 1981) ecc.

«Importantissimo, però, è inviare una presa di posizione e presentarsi a viso aperto agli appuntamenti, senza timore, considerato che le AUSL non hanno alcun potere coercitivo, ma solo sanzionatorio (la multa, appunto, che puntualmente deve essere impugnata).»

Lettera da Cuneo

«Poiché mio marito ha un ristorante, mi vedo costretta a rinnovare il libretto sanitario. Per poter superare questa formalità, dovrei fare il test per la tubercolosi (le tre punturine sul braccio). È equiparabile a una vaccinazione? A cosa serve? Cosa viene inoculato? Ha senso fare obiezione? Che alternative ho? Vorrei saperne di più, sono completamente all'oscuro su questa materia.»

RISPOSTA

«Riprendo i singoli punti uno alla volta.

«È equiparabile a una vaccinazione? Sì a tutti gli effetti.

«A cosa serve? A nulla.

«Cosa viene inoculato? Robaccia.

«Ha senso fare obiezione? Eccome!

«Che alternative ho? Quella di obiettare, essendo ora possibile farlo. Infatti, l'art. 93 della Finanziaria 2001 ha abrogato l'obbligo delle stesse. Pertanto non è più obbligatorio sottoporsi al test Mantoux (questo della tubercolosi), né all'antitifica. Dal testo stesso dell'art. 93 della Finanziaria 2001 si apprendeva che entro il 30 giugno 2001 avrebbe dovuto essere emanato il Regolamento attuativo.»

CAPITOLO 7

Il riconoscimento dei danni da vaccino

Dal 2 aprile del 2001 non è più il Ministero della Sanità a valutare le domande di riconoscimento danni da vaccini presentate ai sensi della legge n. 210 del 1992, bensì le Regioni. Ciò vale per quelle a statuto ordinario ma, stranamente, non per quelle a statuto speciale.
Le Regioni a questo punto hanno già fatto notare che i fondi stanziati dal Ministero non saranno sufficienti a pagare tutti gli indennizzi. La Regione Liguria ha 314 pratiche giacenti, la Regione Lombardia ne ha 1.200, di cui 650 già liquidabili, la Regione Lazio ha già pronte 452 pratiche da liquidare e altre 550-600 in attesa della conclusione dell'iter ministeriale (dati tratti da "Corriere Salute" del 10 giugno 2001).

Riportiamo di seguito i numeri di telefono degli uffici competenti pubblicati dal quotidiano "Corriere Salute" (10 giugno 2001):

Ministero della Sanità: operatore tel. 06 59942400
servizio automatico tel. 06 59942425

Regioni:

Abruzzo tel. 085 7672636
Emilia Romagna tel. 051 283572
Liguria tel. 010 5485551
Toscana tel. 055 4383358
Campania tel. 081 7969352
Marche tel. 071 8064068
Piemonte tel. 011 43223346
Veneto tel. 041 2793511
Basilicata tel. 0971 668867
Umbria tel. 075 5045241
Lombardia tel. 02 67653222
Calabria tel. 0961 856526
Lazio tel. 06 51683205
Molise tel. 0874 429374
Puglia tel. 080 5403437

7.1 I punti chiave della procedura di indennizzo: conoscerli in anticipo

> «Mi sono capitati tanti casi di bambini piccoli che non erano mai stati ammalati un giorno fino a quando non furono vaccinati e che, nei mesi o anni successivi, non sono mai ritornati a essere sani come prima. Non c'è un nome preciso che possa dare a questo stato di malattia. C'era qualcosa che non andava, non è possibile definirlo più in dettaglio. La loro resistenza si era consumata. Erano completamente sani prima della vaccinazione. Da allora non lo sono stati più.»
>
> dott. William Howard Hay,
> discorso alla Medical Freedom Society,
> 25 giugno 1937

A livello medico non esiste nulla, né analisi del sangue, radiografia, né alcuna caratteristica o altro, grazie a cui, in presenza di una certa patologia, possa essere chiarito se si tratti di un danno da vaccino o meno. In caso di epilessia, per esempio, non è possibile dire se sia da attribuirsi a una vaccinazione o se si tratti di un caso di epilessia congenita.
Risulta decisiva l'osservazione dei genitori nel periodo successivo alla vaccinazione: se un bambino ha inizialmente raggiunto le pietre miliari di uno sviluppo indisturbato e regolare dell'età evolutiva nei tempi consueti, e quindi si ferma improvvisamente e inspiegabilmente a un certo punto, a un dato livello di questo sviluppo, e se nel periodo appena antecedente questa regressione ha subìto una vaccinazione, si può presumere che la vaccinazione sia la causa di questa inibizione dello sviluppo.
È questa la cosiddetta "inibizione dello sviluppo dopo la vaccinazione", il solo sintomo sicuro di un danno da vaccino. Tale determinazione non è qualcosa di immediato, ma frutto di una serie di manifestazioni progressive, successive, relative allo sviluppo in un bambino di 1 e 2 anni.
Molti genitori tengono una sorta di diario e questo è anche il nostro consiglio. È vero, lo sviluppo è lento nel primo anno di vita, ma non indefinibile se colto da puntuali registrazioni del genitore nel tempo.
Non dovrebbe essere difficile procurarsi una tabella-tipo delle tappe dell'evoluzione nei primi 24 mesi di vita dal pediatra o su internet (http://www.thebabyregistry.co.uk/pages/milest1.htm oppure http://www.na-

tus.com/baby_health/milestones.html). Quando si è presentato il primo sorriso? Quando il bambino è stato in grado di alzare per la prima volta la testolina? Quando la prima presa di contatto con la voce? Quando il primo contatto visivo? Quando i primi farfugli? Quando le prime iniziative? Quando i primi movimenti?

Il danno da vaccino di un bambino piccolo, sebbene grave, può essere povero di sintomi. Comunque questo danno può evidenziarsi per esempio con irrequietezza, paura, irritabilità oppure con una notevole insicurezza di movimento e reazione, sonnolenza, apatia e torpore fino alla perdita di coscienza, rifiuto del cibo, pianti inconsolabili ininterrotti che durano ore. Anche disturbi non caratteristici come vomito, alterazione del colorito della pelle, aumento della temperatura ecc. possono essere sintomi di un danno da vaccino. Ma di solito lo stadio acuto del danno cerebrale di un bambino piccolo è praticamente asintomatico. «Le gravi reazioni postencefalitiche possono manifestarsi soltanto dopo mesi o addirittura anni» (Baker, 1949). «Lo stato del bambino viene sempre riconosciuto soltanto quando si analizzano e si valutano accuratamente l'anamnesi nella sua interezza e il suo comportamento complessivo» (Lurie, 1947).

Reazioni non immediate

Il patologo olandese E. de Vries dimostrò che il cervello dei bambini, a causa della propria immaturità, non è in grado fino a circa il terzo anno di vita di reagire al danno causato dalla vaccinazione in un certo modo, che noi chiamiamo infiammazione. Nei primi 3 anni si crea al massimo un edema cerebrale e questa reazione asintomatica, denominata da de Vries "encefalopatia postvaccinica blanda" si distingue dalla encefalite postvaccinica che avviene solo dopo il terzo anno di età quando la struttura cerebrale del bambino è stata definita.

Questa differenziazione tra le due forme di patologie (encefalite ed encefalopatia) non fa ancora parte della cultura generale medica, pur avendo ampie conseguenze. Essa spiega per esempio perché apparentemente in Germania negli anni '30 c'erano meno casi di danni da vaccino rispetto all'Austria. Infatti l'encefalite ha un quadro clinico ben definito e riconoscibile, mentre l'encefalopatia lo è difficilmente. In Austria (vaccinazione infantile tarda) si riconobbero i danni da vaccino, in Germania (vaccinazione precoce) no. L'encefalopatia non solo è poco riconoscibile allo stadio iniziale, ma crea tanti più danni in uno stadio successivo quanto più piccolo era il bambino al tempo del danneggiamento.

Domanda di riconoscimento e indennizzo

La legge n. 210 del 1992 regola sia gli indennizzi da incidenti di trasfusioni infette, sia danni da vaccinazioni. Ora, e questo viene spiegato da Giorgio Tremante, bandiera dei genitori di bambini vittime di vaccini, «Il principio su cui si basa la legge, quello del riscontro del danno biochimico accertabile, "veste" bene la situazione delle vittime di trasfusioni infette, perché c'è un'analisi chiara da fare per accertare la relazione causa-effetto a livello biochimico. Ma la stessa legge diventa equivoca nel caso dei danni da vaccini, perché la cosa non è riscontrabile nel sangue o in qualche altro sito. L'unico esame valido, quello dell'HLA (riconosciuto a livello internazionale) non viene reso disponibile in tutta Italia». Inoltre una volta denunciato alla AUSL il possibile caso avverso, c'è la Commissione Medico Ospedaliera che filtra moltissimo i casi che loro stessi, la Sanità pubblica, dovrebbero riconoscere e pagare.

In Germania l'indennizzo si aggira sui 3-4 milioni di lire al mese, mentre negli USA vi è un unico versamento di mediamente 450 milioni di lire. In Italia il massimo indennizzo ottenibile in via amministrativa (legge n. 210 del 25 febbraio 1992) è 14 milioni di lire all'anno nel caso si raggiunga l'invalidità maggiore, mentre è noto che il solo accompagnatore di un invalido totale per 8 ore costa 3 milioni di lire al mese.

Inizialmente la legge stabiliva che l'indennizzo partisse solo dal momento della domanda, non dal momento del danno. La Corte Costituzionale (sentenza n. 118 del 1996) ha dichiarato inammissibile questa condizione, stabilendo la retroattività dell'indennizzo al momento del danno. A questo punto il governo, "per risparmiare", ha varato immediatamente un decreto legge che limitava l'indennizzo retroattivo al 30% (d.lgs n. 92 del 4 aprile 1997).

La domanda di riconoscimento e indennizzo è da presentarsi alla AUSL di competenza entro 3 anni dal momento in cui il richiedente viene a conoscenza del danno e la richiesta deve essere corredata dalla certificazione attestante la data dell'evento, i dati del vaccino e le manifestazioni cliniche della malattia accusata. La richiesta è in carta semplice, ma poi all'AUSL vi faranno firmare un apposito modulo compilato da loro, come previsto dalla circolare del Ministero della Sanità apparso sulla "Gazzetta Ufficiale" del 22 giugno 1992. In caso di aggravamento ulteriore è sempre possibile inoltrare con le stesse modalità una domanda per una maggiore invalidità. Leggete bene il testo che vi faranno firmare alla AUSL.

La domanda e i successivi accertamenti vengono valutati da una commissione medico-ospedaliera che stabilisce il grado di invalidità entro 4 mesi. Con-

tro questo è ammesso un ricorso al Ministero della Sanità entro 30 giorni dalla notifica del giudizio. Resta comunque la possibilità di fare ricorso alla magistratura entro 1 anno dalla notifica della decisione per elevare l'indennizzo all'interno dei limiti della legge n. 210.
Infine, bisogna ricordare che c'è un'altra strada percorribile, quella della citazione in giudizio dello Stato per chiedere risarcimenti miliardari, in base all'art. 2043 del Codice Civile, che è bene fare dopo il riconoscimento amministrativo, utilizzando la già dimostrata responsabilità del vaccino.

7.2 Dettagliata relazione per il riconoscimento dei danni da vaccino

Il seguente testo è stato estratto dal sito internet www.vaccinetwork.org. L'autore ringrazia Vaccinetwork, nella persona della sua presidente, Claudia Benatti (legal@vaccinetwork.org) per il contributo reso a questo manuale, in particolare per il notevole sostegno nell'area della documentazione giuridica.

Anamnesi patologica

Come riferito dai genitori e come risulta dalla scheda vaccinale della AUSL (omettiamo il nome dell'ente presente nella perizia), mercoledì mattina 8 novembre 1995 la bimba è stata sottoposta alla prima seduta vaccinale, composta da: vaccino antidifto-tetano, vaccino antipertosse acellulare, vaccino antiepatite B, vaccino antipolio orale Sabin. La bimba era in buono stato di salute al momento della vaccinazione. Nata a termine, allattata al seno per 10 giorni, poi ha proseguito con allattamento misto. Nessuna anomalia riscontrata nei primi mesi di vita.
Venerdì 10 novembre 1995, alle 17,30 (circa due giorni e mezzo dopo la vaccinazione), la bimba ha iniziato a presentare una crisi di pianto inconsolabile con marcata irritabilità; tale sintomatologia si è protratta fino alle 23,00.
Nel mese di novembre, e per tutto il dicembre 1995, la bambina ha continuato con la stessa sintomatologia per 5-6 ore al giorno. Nei mesi seguenti, la bambina ha continuato con marcata irritabilità e pianto persistente in orario serale. Sempre nei giorni seguenti la vaccinazione, i genitori notarono un rallentamento motorio della bimba: per esempio muoveva meno la testa e si muoveva di meno nella carrozzina, rispetto alla situazione antecedente la vaccinazione. Una seconda seduta vaccinale è stata eseguita con gli stessi vaccini di cui sopra il 10 gennaio 1996; il 13 marzo 1996 è stata eseguita la terza dose

della vaccinazione antipertossica; il 17 luglio 1996 è stata eseguita la quarta seduta, comprendente i vaccini antipolio, difto-tetano, antiepatite.
Nel frattempo, poiché i genitori rilevano uno sviluppo psicomotorio ritardato, vengono eseguite diverse visite mediche, che non portano però a una diagnosi precisa. Il 14 novembre 1996 la bambina esegue un day hospital per accertamenti presso la divisione di neuropsichiatria infantile (omissis); in data 4 dicembre 1996 viene dimessa con diagnosi di "disturbo generalizzato di sviluppo", che a giudizio dei sanitari sarebbe in "remissione spontanea". Poiché viceversa i segni di ritardo psicomotorio diventavano sempre più evidenti, il 17 aprile del 1977 fu ricoverata presso l'Istituto Nazionale Neurologico (omissis). La risonanza magnetica evidenziò un'atrofia corticale. Non sofferenza della sostanza bianca. La lettera di dimissioni concludeva con questa diagnosi: «Ritardo psicomotorio di eziologia non identificata (neuroradiologicamente non riferibile a esiti di sofferenza postvaccinica)».

Discussione dei dati

➥ Dall'anamnesi patologica nasce una domanda fondamentale: il ritardo psicomotorio è collegato alle vaccinazioni cui la bimba era stata sottoposta?

Per stabilire una correlazione causa-effetto fra il ritardo psicomotorio e le vaccinazioni eseguite, occorre che siano soddisfatte alcune condizioni (da notare che tali condizioni vengono comunemente usate per stabilire un danno da farmaci in generale):
- la condizione clinica del paziente era buona prima della vaccinazione;
- vi è stata una chiara correlazione temporale fra l'insorgenza delle reazioni avverse e la vaccinazione;
- non vi sono altre cause note (oltre la vaccinazione) che possano spiegare l'evento avverso;
- vi sono in letteratura altre segnalazioni di eventi avversi simili a quelli del paziente;
- vi è un meccanismo patogenetico plausibile che possa spiegare l'evento avverso.

➥ Qual era la condizione clinica del paziente prima della vaccinazione?

Nata da parto eutocico, a termine, da genitori sani, la bimba prima della vaccinazione non aveva manifestato nessun disturbo, a parte una dermatite seborroica agli arti inferiori.

➥ Vi è stata una correlazione temporale fra l'insorgenza delle reazioni avverse e la vaccinazione?

Alcune reazioni avverse (pianto inconsolabile e forte irritabilità) sono insorte dopo due giorni e mezzo dalla vaccinazione.

➥ Non vi sono altre cause note (oltre la vaccinazione) che possano spiegare l'evento avverso?

Dall'anamnesi, eseguita accuratamente, non sono emerse altre cause possibili del ritardo psicomotorio. In particolare, non vi è familiarità per questa patologia.

➥ Vi sono in letteratura altre segnalazioni di eventi avversi simili a quelli del paziente?

Per rispondere a questa domanda bisogna consultare la letteratura medica relativa ai vaccini, gli studi di approvazione del vaccino in questione, la letteratura medica relativa alle sostanze contenute nel vaccino (vedi MEDLINE su internet o presso la propria università), il manuale curato da chi approva i vaccini negli USA, cioè il *Physicians' Desk reference* della FDA (per i più volenterosi costa 80 dollari e si può ordinare tramite www.amazon.com), e il database statunitense VAERS.
Quest'ultimo (Vaccine Adverse Reporting System) è consultabile anche via internet (http://www.fedbuzz.com/vaccine/vac.html).
Nel caso specifico, il pianto persistente è riconosciuto come effetto collaterale del vaccino se insorto entro 72 ore dal vaccino (*Physicians' Desk reference 2000*, ed. 2000, pag. 2309). Inoltre, in base ai dati precedenti (studi casi-controllo e dati della farmacovigilanza), si può senz'altro affermare che vi sono in letteratura altre segnalazioni di ritardo psicomotorio a seguito del vaccino DTP.
La sequenza temporale (sintomi insorti entro la terza sera dal vaccino) è confermata in un altro studio pubblicato su "Paediatrics" del 1995 e riportato sul *Physicians' Desk reference 2000*, pag. 2309. Quindi, sia il tipo di evento avverso, sia la sequenza temporale dimostrano che il pianto inconsolabile e la forte irritabilità sono stati dovuti al vaccino difto-tetanico, somministrato insieme a quello pertossico acellulare.

➥ Vi è un meccanismo patogenetico plausibile che possa spiegare l'evento avverso?

È da premettere che, anche per farmaci in uso da molto più tempo del vacci-

no DTP, vi sono eventi avversi ben riconosciuti, di cui però non si conosce esattamente il meccanismo d'azione. La relazione clinica fra farmaco ed evento avverso è quindi sufficiente, per attribuire l'evento avverso al farmaco, anche in assenza di un meccanismo d'azione noto. È comunque evidente che una relazione clinica fra farmaco ed evento avverso diventa più stringente in presenza di un meccanismo patogenetico plausibile.

➥ **Si può parlare di rischio di effetti tossici da mercurio iniettato?**

Il mercurio totale iniettato durante la prima seduta vaccinale è stato 62,5 mcg. Poiché il livello di sicurezza era di 0,5 mcg, la bimba è stata sottoposta a una dose di mercurio 125 volte superiore a quella di sicurezza! Con tali livelli di assunzione, si può senz'altro parlare di rischio di effetti tossici da mercurio.
Il danno manifestatosi nella bimba è compatibile con un danno da mercurio? Per rispondere a tale domanda, occorre discutere la neurotossicità del mercurio: la letteratura medica mostra che il principale organo bersaglio della tossicità del mercurio è il sistema nervoso centrale (midollo spinale e cervello); inoltre, «Il cervello che si sta sviluppando è molto sensibile ai deleteri effetti del mercurio». Sugli effetti tossici per i tessuti cerebrali del mercurio ci sono migliaia di studi (consultare MEDLINE sul web o alla propria università).
Si pone infine un'ultima domanda: vi sono in letteratura scientifica altri casi, in cui vi sia una documentata intossicazione da mercurio, e in cui la storia e la sintomatologia clinica siano sovrapponibili ai sintomi presentati in questo caso? La risposta è **sì** (usare di nuovo MEDLINE).

Conclusioni

In base alle considerazioni sopra esposte, risulta evidente che il ritardo psicomotorio con atrofia cerebrale di cui soffre la bimba è da attribuire a un danno permanente da vaccinazione. Il caso clinico risponde infatti a tutte le condizioni necessarie per dimostrare una relazione causa-effetto fra un evento avverso e un farmaco.

Capitolo 8 Come riparare il danno da vaccinazioni

8.1 Sospendere glutine e caseina

Un intestino permeabile è forse la situazione più comune in un paziente danneggiato da vaccinazioni. Stanchezza cronica, candidosi, Chron, rettocolite ulcerosa, lupus, sclerosi multipla e altre patologie autoimmuni, deficit attentivo, iperattività, autismo, schizofrenia sono stati associati con un intestino permeabile.
Shattock e collaboratori (1998), dell'Università di Sunderland, riportano: «Siamo rimasti colpiti dal numero di madri che hanno preso l'iniziativa (spesso andando contro il consiglio dei medici) di rimuovere prodotti caseari dall'alimentazione dei piccoli, prima ancora di incontrare noi. Chiaramente questi genitori hanno intuitivamente capito che c'era qualcosa di negativo nelle reazioni dei loro figli al latte: vomito propulsivo, eczema, particolarmente dietro il ginocchio e nell'incavo del gomito, strane protuberanze biancastre sottocutanee, otiti, purulenza dall'orecchio; comparsa, nel bambino piccolissimo, di costipazione o diarrea e disturbi respiratori assomiglianti ad asma, possono tutti essere considerati come segnali di un problema da caseina».
Shattock ha evidenziato con i propri studi che il picco delle beta-casomorfine (peptidi derivanti dalla caseina) scompare dal profilo urinario rapidamente dopo la rimozione di prodotti caseari (un paio di giorni). Ciò indica due cose: permeabilità intestinale e incapacità a smantellare prodotti caseari.

Il discorso delle intolleranze alimentari (prevalentemente glutine, cioè frumento, e caseina, cioè latte e derivati) nella cura dei bambini danneggiati da

vaccini viene affrontato come una priorità non solo da Shattock, ma anche dal prof. Reichelt, dell'Università di Oslo e dal prof. Montinari, dell'Università di Bari, che hanno trattato ognuno un migliaio di casi di vittime di vaccinazioni, per lo più bambini.
Dalla pratica sappiamo che se un motore non raggiunge una temperatura sufficientemente elevata non ci sarà una buona combustione del carburante. La cattiva combustione si traduce in una minore quantità di energia fornita al sistema e, soprattutto, in ingombranti prodotti di scarto. Per il processo di smantellamento del cibo vale lo stesso. Se l'organismo non è in grado di creare, ogni volta che si mangia, un certo livello minimo di ambiente digestivo, allora alcuni cibi non verranno più smantellati idoneamente, in particolare, con il peggiorare della funzionalità digestiva, ciò succederà prima per la caseina e poi per il glutine. Pezzi non smantellati di tali proteine, ingombranti catene di aminoacidi, verranno assorbiti da mucose intestinali danneggiate a chiazze e, trasportati in circolo dal sangue, creeranno interferenze di varia intensità e localizzazione.
Reichelt e Shattock registravano e misuravano, in questa situazione di danno biologico, una situazione di tempesta biochimica, dove questi frammenti non smantellati (caseomorfina, gluteomorfina) vanno ad attivare recettori opioidi, recettori addetti alle attività cellulari, recettori operativi della tiroide e di altri organi che secernono ormoni direttamente nel sangue, recettori addetti alla percezione, recettori del sistema nervoso e del cervello, recettori importanti per il sistema immunitario.
Contrariamente a quanto si verificava per la caseina, Shattock rileva: «La sospensione di glutine in generale non porta a effetti straordinari e immediati. Tranne che in bambini molto piccoli, dove i risultati si vedono più rapidamente, ci aspettiamo di solito di vedere cambiamenti in 3-4 settimane, quindi suggeriamo che il periodo iniziale di prova di sospensione del glutine sia di 3 mesi».

Il messaggio di questi ricercatori è: "Attenzione! Moltissimi dei non celiaci potrebbero essere in una situazione biologica alterata tale da non potersi permettere il consumo di glutine e caseina. Quando l'organismo perde i colpi, la caseina è la prima intolleranza che compare, poi segue quella del glutine".
I celiaci sono individui con una malattia autoimmune dei villi intestinali scatenata dall'ingestione di glutine (malattia evidenziabile dalla presenza di anticorpi al glutine – IgA, IgM – e dall'atrofia dei villi intestinali); recenti studi epidemiologici avvertono che in Italia ce ne sarebbero oltre 600.000.

I celiaci sanno perfettamente perché tenersi lontano dal glutine, date le notevoli reazioni avverse immediate. Sono gli altri che non lo sanno. Infatti il panorama è persino più ampio, essendo la celiachia la punta dell'iceberg, la parte ben definita rispetto ad altre situazioni sfumate, non altrettanto gravi, con danni blandi, subclinici, in cui non è scattata ancora una autoimmunità grave ed evidente, ma dove il glutine e la caseina costituiscono un fardello per l'organismo e dove è più difficile associare i sintomi con il consumo dei cibi incriminati.
Questa situazione è reversibile, cioè i danni blandi, che trasformano il consumo di glutine e caseina in una tempesta di sostanze devastanti, possono essere affrontati e risolti. L'autore è a conoscenza di casi in cui persino i danni nella fase più grave (la celiachia, appunto), con un adeguato approccio omotossicologico, sono stati revertiti (per informazioni ulteriori rivolgersi all'Associazione per la Difesa dalle Otturazioni di Mercurio, presidente: Tia Tranfaglia, [illegible]).
Per quanto riguarda il protocollo del prof. Montinari, informazioni sono disponibili da genitori supermotivati ai seguenti indirizzi:
ASSOCIAZIONE UNIVERSO BAMBINO
sede legale: via A. Doria 4/6, 17051 Andora (Savona)
presidente sig. Antonio Di Latte
tel. 0182 88763, cell. 338 9710113
e-mail: dilatteandrea@hotmail.com
ASSOCIAZIONE UNIVERSO BAMBINO
viale O. Flacco 11, 70124 Bari
tel. 080 5042326
prof. Massimo Montinari,
e-mail: universobambino@libero.it

8.2 Candidosi e infezioni parassitiche

È noto da molto tempo che lieviti parassitici coesistono con patologie insorte a seguito di vaccinazioni. Lieviti come la *Candida albicans* sono noti per le capacità di legare metalli pesanti: per questo vengono impiegati, sia a livello industriale che nelle miniere, per legare argento, oro e altri metalli e ottenere una buona estrazione. Il bambino vaccinato, è stato detto, viene esposto al mercurio e ad altri metalli presenti nei vaccini. Inoltre le vaccinazioni hanno soppresso le capacità fagocitanti del sistema immunitario. Presenza di mer-

UNA STRADA DI GUARIGIONE

Il prof. Montinari sta per pubblicare un manuale sull'autismo e altri danni da vaccini. A seguito di risultati a volte sbalorditivi ottenuti con il suo protocollo di cura, una AUSL toscana ha stabilito che nei casi di autismo le spese per tale terapia debbano essere coperte dal servizio sanitario nazionale. Di seguito riassumiamo la sua opera con le parole scritte da uno dei suoi pazienti, Teo (nel 1999, Teo aveva ricevuto la seguente diagnosi: encefalopatia postvaccinale con disprassia manuale e verbale e tratti autistici).

C'era una volta, tanti tanti anni fa, una famiglia felice; il ritratto della serenità. La famiglia fu allietata dalla nascita di un bel bambino, roseo e paffuto. Il bambino cresceva bene, era forte, sano e vivace, era la gioia dei suoi genitori. Il fantasma cattivo arrivò all'insaputa della mamma nella casa del bimbo, gli somministrò una pozione magica che giorno dopo giorno trasformò il bambino in un burattino.
Dentro il burattino c'era sempre il bimbo, che però non poteva più parlare e muovere i suoi fili; lui capiva di essere un fantoccio, ma non poteva fare niente. La sua mamma vedeva il bambino trasformarsi e piangeva, piangeva tanto, cercava disperatamente qualcuno che potesse

curio e immunosoppressione implicano automaticamente la comparsa di candidosi. Lieviti come la *Candida albicans* intrappolano gli allergeni e ciò aumenta la permeabilità della mucosa intestinale. Non dimentichiamoci che la natura della microflora intestinale sarà strettamente correlata con la natura del cibo che consumiamo.

Obiettivo: arginare i lieviti intestinali e sistemici

Nella pratica molti genitori hanno riportato benefici insperati nei loro bambini vittime di vaccini quando si sono concentrati sull'obiettivo di arginare i lieviti intestinali e sistemici. I lieviti proliferano quando si consumano eccessi di zucchero, così molti genitori hanno cercato di controllare infezioni da lievito limitando o escludendo biscotti e dolci dall'alimentazione (a favore della frutta).
Altri genitori hanno preso misure ancora più radicali che aiutano contro la candidosi, in particolare rimuovere tutti i lieviti di origine alimentare. Altri genitori hanno cercato di controllare la proliferazione dei lieviti dando sup-

sciogliere quell'incantesimo maledetto, ma non trovava nessuno che potesse aiutare il suo bambino. La mamma portava ogni giorno il suo bambino a scuola; lei sapeva che lui poteva ascoltare e capire, ma lì il bambino veniva deriso; dicevano gli altri bambini: «Tu sei un burattino e i burattini non vanno a scuola». Il bambino volava con la mente lontano da quelle voci; nel suo mondo non c'erano colori, suoni, sapori, era una sorta di paese ovattato, solo lì trovava la pace.
Un giorno un gruppo di angeli passarono davanti alla sua casa, videro il bambino lontano con la mente, si avvicinarono e gli dissero: «Non sarai più solo, siamo qui per aiutarti». Uno di loro gli disse: «Io ti curerò, cercherò di dissolvere l'incantesimo».
Un altro gli disse: «Io sarò il tuo amico, starò a scuola accanto a te».
Un altro gli disse: «Io ti insegnerò a muovere i tuoi fili».
Un altro ancora gli disse: «Io ti farò divertire». Da quel giorno gli angeli presero per mano il bambino per spingerlo lontano dal mondo irreale. Matteo era felice, non era più solo.

Matteo Odasso (giugno 2001),
uno dei vincitori del 34° Premio H.C. Andersen,
Sestri Levante

plementi a base di probiotici, batteri benefici che popolano normalmente l'intestino.
Prodotti contenenti *Acidophilus* o *Bifidus* sono usati a questo scopo insieme con antimicotici naturali quali estratti di semi di pompelmo o estratti di aglio. Alcalinizzare l'organismo, sia con quotidiane centrifugati di ortaggi crudi (carote, sedano ecc.) sia con supplementi di minerali, migliora l'ambiente intestinale e ridimensiona la candidosi.

Abuso di antibiotici

Gli antibiotici uccidono i batteri della normale flora intestinale e ciò favorisce la colonizzazione e il diffondersi di lieviti e altri organismi molto simili a funghi. Oggi purtroppo antibiotici potentissimi sono entrati nella routine dei trattamenti nella prima fase di sviluppo del bambino. Le otiti, nel caso dei bambini autistici, spesso sono conseguenza semplicemente dell'intolleranza al latte di mucca, e quindi all'errore alimentare si aggiunge l'azione negativa dell'antibiotico.

La natura biologica del danno

Molti genitori assumono come dato di fatto che nei loro bambini immunodepressi vi sia un certo grado di infestazione da lieviti parassitici e dunque iniziano a prendere delle contromisure a partire da questa assunzione. Infatti, le analisi per valutare la presenza di parassiti dà falsi negativi, perché la coltura di lievito si estingue rapidamente, prima che sia stata effettuata l'analisi del campione.

Cruciale è capire, di caso in caso, la natura biologica del danno e abbracciare un approccio strutturato, funzionale e di supporto verso l'organismo. Gli strumenti e i mezzi terapeutici, inutile dirlo, sono vari, non c'è solo un approccio che è corretto: un medico farà ricorso alla fitoterapia, un altro all'omeopatia, un altro all'omotossicologia, un altro vi guiderà con i princìpi della macrobiotica, un altro si concentrerà sul riequilibrio del sistema immunitario, un altro farà ricorso al cloruro di magnesio, un altro alla ossigeno-terapia, e ancora altri alle tecniche per alcalinizzare un organismo acidificato.

Spesso la situazione non è proprio lineare. Di solito, quando un bambino che già non stava bene viene vaccinato, prima ancora che ci si possa rendere conto della dinamica, si sottopone il piccolo a costanti cicli di antibiotici, che si intrecciano con i cicli dei richiami vaccinali, senza sosta nei primi 2 anni di vita, e in seguito lo si sottopone a una serie (infinita) di piccoli e medi insulti tossici, pesticidi, amalgame dentali, consumo di zucchero ecc.

La catena di eventi biologici che si scatenano può essere descritta così:

1. tratto digestivo normale, sano;
2. poi… degradazione del rivestimento intestinale;
3. poi… incapacità di arginare infezioni parassitiche;
4. poi… intolleranza a prodotti caseari;
5. poi… intolleranza a glutine;
6. poi… disbiosi intestinale;
7. poi… ulteriore acidificazione da alimentazione squilibrata, specialmente con consumo eccessivo di zucchero raffinato, dolci, biscotti;
8. poi… ridimensionamento della capacità di assorbire i micronutrienti;
9. poi… il filtro del rivestimento intestinale viene meno e dunque vengono assorbiti frammenti ingombranti come proteine non digerite, caseina e glutine che scatenano la curiosità e a volte l'attacco degli anticorpi.

Tutto ciò, se non corretto, con il tempo porta a una salute e vitalità degradate e alla cronicizzazione di patologie gravi. Naturalmente questo vale anche per gli adulti vaccinati. Dunque un tema di grande interesse per tutti i nostri lettori.

CAPITOLO 9

Vaccinazioni per adulti

9.1 Vaccinazioni per i militari

Dopo i neonati, i militari neo arruolati sono la categoria più soggetta a un numero consistente di iniezioni di vaccini. Nel loro caso la legge prevede l'obbligo del vaccino meningococceo, antitubercolosi, di quello tifoideo, difterico, tetanico, ed eventualmente i vaccini facoltativi per morbillo, parotite e rosolia, ed epatite B.

Meningite batterica

La comparsa di rash cutanei petecchiali insieme con febbre, vomito, sonnolenza è altamente indicativa di meningite meningococcea. Comunque la diagnosi conclusiva viene confermata dall'isolamento del batterio *Meningococcal meningitis* o di antigeni meningococcei nel sangue o fluido cerebrospinale. Ci sono in tutto 13 ceppi di *M. meningitis*, di cui i gruppi A, B e C sono i più comuni (90% dei casi). Il vaccino quadrivalente contenente i gruppi A, B, C e W135 non è molto efficace nei bambini, in particolare in quelli sotto i 2 anni.

Vaccino antitifo

Stando ai dati ufficiali delle statistiche mediche dell'esercito, su 2.028 casi di tifo o paratifo rilevati dal 1929 al 1935, il 78,7% si sono manifestati in individui vaccinati (Rendu, 1954). Cioè l'iniezione di vaccino non impedisce affatto che salmonelle di tifo eventualmente ingerite alberghino nell'intestino. Bisogna dire che questa vaccinazione fallisce tanto clamorosamente lo

scopo dichiarato da essere comparativamente peggiore del "non intervento stesso" (Donzelli, 1976).

Tubercolosi

Questa malattia infettiva, ancora diffusa nei Paesi del Terzo Mondo, da noi colpisce quasi solo nelle città, tossicodipendenti, barboni e immigrati. Questo ci dà un'indicazione della vera causa, che è sempre solo la mancanza di igiene e denutrizione. La vaccinazione consiste nell'iniettare sotto cute bacilli della tubercolosi bovina, vivi ma attenuati.
Efficacia del vaccino: uno studio commissionato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (Bollettino OMS del 5 maggio 1979, pag. 140) dimostrò come il vaccino antitubercolare fosse inefficace: 260.000 indiani vaccinati avevano un'incidenza di tubercolosi superiore a indiani non vaccinati.

Su 140.000 militari attualmente in servizio di leva si riscontrano circa 500 decessi ogni anno, di cui circa 300 sospetti (Vanoli, 1991). Ecco alcuni titoli dedicati negli ultimi anni dalla stampa all'argomento:

- "Il Manifesto", 13 marzo 1987: «Giovane in servizio militare si ammala dopo le vaccinazioni di rito. Subisce danni cerebrali permanenti»;
- "Panorama", aprile 1988: «Fabio de Benedictis, soldato di leva, muore dopo le vaccinazioni di rito»;
  dicembre 1993: «Quattro militari di leva avvertono malesseri e febbre dopo le vaccinazioni di rito. A uno di essi viene diagnosticata una sindrome da meningite postvaccinica invalidante»;
- "Il Gazzettino", gennaio 1995: «Militare resta cerebroleso dopo le vaccinazioni»;
- "La Nuova Venezia", gennaio 1996: «A Venezia la recluta Fred Fornaron di 19 anni muore 12 ore dopo la vaccinazione».

Se esistono i decessi post vaccinazioni – la punta dell'iceberg – non possiamo non ricordare nell'ombra, una serie di sintomi meno gravi, ma più articolati: dolori alle spalle, che si diffondono alle articolazioni, disturbi della sensibilità, atassia, movimenti rallentati e incerti, patologie demielinizzanti, lupus, diabete giovanile ecc.
«Un caso tipico di recente osservazione (1985) veniva osservato in un militare in servizio di leva. Il giovane veniva regolarmente vaccinato con vaccino multiplo, tifoideo, paratifo A e B, e anatossina tetanica. La prima serie vac-

cinale veniva eseguita in due dosi il 3 agosto e il 31 agosto 1984. La terza dose di richiamo veniva eseguita a richiesta del soggetto il 21 giugno 1985. Entro quindici minuti dall'iniezione comparivano il vomito, la febbre (38,3 °C) e tachicardia (110 battiti/min.)» (Cacciapuoti, 1987).

Come aiutare il corpo

È opportuno preparare l'organismo alle vaccinazioni soprattutto con supplementi di vitamina A e, se possibile, una migliore alimentazione. Vitamina C e cloruro di magnesio, come indicato nel capitolo 3, svolgono notevoli funzioni protettive e preventive. Come descritto nella procedura delle vaccinazioni infantili, è consigliabile rinviare l'iniezione se ci sono infezioni in corso o altri problemi, segnalare eventuali precedenti reazioni a vaccini o antibiotici.

9.2 Altre categorie di adulti soggetti a vaccinazioni

Relativamente agli adulti, alcuni dei vaccini appena trattati sono obbligatori per determinate categorie a rischio:

- il tossoide del tetano è obbligatorio (legge n. 292 del 5 marzo 1963) per «Operai addetti alla manipolazione delle immondizie, operai addetti alla fabbricazione della carta e dei cartoni, lavoratori del legno, metallurgici e metalmeccanici, lavoratori agricoli, pastori, allevatori di bestiame, stallieri, fantini, conciatori, sorveglianti e addetti ai lavori di sistemazione e di preparazione delle piste negli ippodromi, spazzini, cantonieri, stradini, sterratori, minatori, fornaciai, operai e manovali addetti all'edilizia, operai e manovali delle ferrovie, asfaltisti, straccivendoli». Inoltre i decreti ministeriali del 22 marzo 1975 e del 16 settembre 1975 indicano «Personale delle ferrovie elencato sotto la voce "personale dell'esercizio", marittimi e lavoratori portuali», oltre che tutti gli sportivi all'atto della affiliazione alle federazioni del CONI.

  Il decreto del Presidente della Repubblica n. 1301 del 7 settembre 1965 all'art. 6 dispone che: «Le assenze dal lavoro da parte dei lavoratori, provocate da eventuali disturbi inerenti alla vaccinazione, ricadono nella competenza dell'assicurazione malattie e sono indennizzati secondo i limiti e le modalità vigenti in materia».

Oltre alle sopraccitate obbligatorietà, è stato disposto con il decreto ministeriale del 4 ottobre 1991 che gli adulti appartenenti a gruppi a rischio possano

ricevere gratuitamente su loro richiesta, o su richiesta del loro medico, alcune vaccinazioni:

- il vaccino antiepatite B è raccomandato e gratuito per il personale sanitario, pazienti politrasfusi, emotrasfusi, emodializzati, per drogati, omosessuali, prostitute, conviventi di persone infette, clienti e staff di istituti per disabili;
- il vaccino per la leptospirosi è raccomandato per persone che lavorano in impianti di depurazione, scarichi, minatori, scavatori, e per persone che praticano sport e pesca in aree paludose.

9.3 Vaccinazioni per viaggi esotici

Per le vaccinazioni internazionali di interesse per chi viaggia, si rimanda al prontuario *International travel and health - Vaccination requirements and health advice* pubblicato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra 1991.

Colera

Nessun Paese richiede più un certificato di vaccinazione contro il colera. «La vaccinazione anticolerica non dovrà più essere richiesta per i viaggiatori, perché essa si è rivelata inefficace nella prevenzione della propagazione della malattia. Il vaccino anche se conferisce una protezione parziale alle persone esposte, non può tuttavia impedire che esse diventino portatori praticamente asintomatici e, per tale motivo, il vaccino non assicura una difesa efficace contro l'introduzione del vibrione colerico in qualsiasi Paese» (emendamento al Regolamento Sanitario Internazionale, OMS, 23 maggio 1973).

Febbre gialla

Il certificato di vaccinazione contro la febbre gialla è il solo certificato che dovrebbe essere richiesto per i viaggi internazionali. Le richieste di certi Paesi a tale riguardo oltrepassano le disposizioni del Regolamento Sanitario Internazionale, e dunque le reali necessità. «Tuttavia, la vaccinazione contro la febbre gialla è particolarmente raccomandata a tutti i viaggiatori che hanno l'intenzione di recarsi in località diverse dalle città principali nei Paesi in cui la malattia si manifesta nell'uomo o è supposta essere presente nei primati» (Ministero della Sanità, www.sanita.it).

Malaria

Le raccomandazioni per il viaggiatore che si recasse in aree di endemicità

malarica dipenderanno dai dati epidemiologici (distribuzione geografica e stagionale, altitudine, specie predominante, chemioresistenza). Si possono richiedere le indicazioni presso la propria AUSL o al Ministero della Sanità, che mediante il proprio sito internet (www.sanita.it) permette di fare una ricerca rapida, Paese per Paese, di interesse per ciascun viaggiatore. Le indicazioni vanno da chemioprofilassi non necessaria a uso solo di clorochina, oppure clorochina più proguanil a meflochina e dossiciclina.

I morsi delle zecche

In alcune aree che potrebbero diventare mete di vostri viaggi, di solito aree con sbocchi di fiumi, come quello del Danubio, vi potrebbe essere segnalato il pericolo di infezioni da morsi di zecche. Persino in tali zone a rischio solo una zecca su 20.000 sarà portatrice del virus. Le persone che vengono morse da una zecca infetta superano l'infezione nel 60-70% dei casi senza alcun sintomo evidente. Nel restante 30-40% dei casi, la malattia ha un percorso bifase. La prima fase consiste nei sintomi simili a raffreddore. Nella maggior parte dei casi l'infezione termina qui. Solo una piccola porzione degli ammalati giunge alla seconda fase, con alterazioni temporanee al sistema nervoso centrale e problemi al fegato. Anche questa seconda fase porta raramente a una malattia grave (cioè meningo-encefalite da virus della zecca) (Gold, 1992).
Grazie al fatto che il virus dell'encefalite da morso della zecca si trova nella parte intestinale del parassita, e non nella ghiandola salivare, ci vogliono diverse ore perché il virus raggiunga il sangue attraverso il canale del morso. Il prurito che accompagna il morso della zecca si fa sentire subito. Durante le escursioni nei mesi di giugno o settembre bisognerebbe dunque controllare subito, in caso di prurito sulla pelle, che non vi sia un morso di zecca. Se si riesce a togliere accuratamente la zecca si evita a monte che si possa essere infetti. Per il resto i morsi, grandi come una lenticchia, sono del tutto innocui. Bisognerebbe togliere la zecca con una pinzetta o un oggetto appuntito che eviti ogni pressione sul corpo del parassita. Leggeri arrossamenti o puntini neri sul punto del morso spariranno dopo alcuni giorni.
Molto più frequente dell'encefalite da zecca è la borreliosi da morsi di zecca. Si stima che il 15% delle zecche nelle zone a rischio siano infette da borreliosi. La borreliosi può essere curata con successo con la penicillina. La vaccinazione antizecca non dà nessuna protezione contro la borreliosi.

La vaccinazione antizecca

Alcuni autori svizzeri indicano un elevato rischio (circa 1:1.000) di disturbi

meningitici da vaccinazione, per cui ne deducono che «L'indicazione per l'immunoprofilassi deve rimanere limitata solo a persone a rischio, cioè esposte per mestiere nelle zone endemiche» (Goerre, 1993). All'istituto Paul Erlich in Germania furono notificate decine e decine di reazioni avverse alla vaccinazione antizecca ogni anno con reazioni che andavano da convulsioni, attacchi EEG, cefalalgia a paralisi del nervo abducente, sindrome mialgica, *status epilecticus*, meningoencefalite, sclerosi multipla, encefalopatia (Buchwald, 2000).

Vaccino antitubercolare

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, per controllare l'efficacia del vaccino antitubercolare BCG, intraprese in India nel 1968 una vasta esperienza su oltre 260.000 persone residenti in 209 villaggi e in una città del distretto di Chingleput a ovest di Madras. Dal 1968 al 1971 furono iniettati su questa popolazione o vaccini BCG o placebo (acqua). Nel 1971 iniziarono i controlli: tutte le cavie furono attentamente esaminate per sette anni e mezzo, e il risultato finale dell'esperimento fu che il tasso d'infezione era leggermente superiore nei soggetti realmente vaccinati che non in quelli che avevano preso solo il placebo. Questa vasta esperienza svolta molto seriamente e rigorosamente controllata «Ha portato gli sperimentatori indiani a concludere che il valore del vaccino BCG è nullo» ("Le Figaro", 9 gennaio 1980).

Tale prova chiarissima dell'inutilità del vaccino non ha comunque convinto gli scienziati, specie quelli dell'istituto Pasteur di Parigi che, con un gioco di parole e statistiche a loro vantaggio, sostengono che la prova indiana è un caso a parte, un'eccezione, e che il valore del vaccino BCG (da loro prodotto e venduto in tutto il mondo) rimane indispensabile ai francesi (Manca, 1980).

9.4 Si parla di epatite A e rabbica

Epatite A

La malattia: mentre nei neonati e fanciulli l'infezione naturale rimane di solito priva di sintomi, in età adulta appare in forma di malattia nel 50% dei casi. Una volta superata l'itterizia (causata dal virus HAV), rimane l'immunità per il resto della vita. In un'intervista al prof. Mueller, apparsa su "Oenffentliches Gesundheitswesen"(n. 53, 1992) si legge:

«L'epatite A si riscontra principalmente in età infantile ed è trasmessa per via oro-fecale. Dopo la Seconda Guerra Mondiale, con l'introduzione dei drenaggi, della canalizzazione centralizzata e degli impianti di depurazione nei nostri paesi e comuni, è stato possibile raggiungere il regresso dell'epatite A. Naturalmente ogni tanto appare ancora, come per esempio nelle scuole o negli istituti per l'infanzia. In questi casi, un bambino può contagiare attraverso le feci tantissimi altri bambini».

La vaccinazione: il medico internista dott. Tribel di Bochum, con il suo articolo su "Arzneitelegramm" (ottobre 1992) dice: «È molto raro che l'epatite A causi un danno al malato, mentre la vaccinazione (attiva o passiva) sicuramente comporta dei rischi, anche se sono rari. Quindi bisognerebbe considerare di sconsigliare tale vaccinazione agli adulti». Secondo il dott. Buchwald (*Vaccinazioni, il business della paura*, Edizioni CIVIS, 2000), la vaccinazione antiepatite A è praticata solo per interessi commerciali.

Virus della rabbia

La malattia: inizia con l'arrossarsi della ferita (periodo di incubazione da 3 settimane a 3 mesi), poi seguono mal di testa, spasmi dei muscoli laringei e faringei e dell'apparato respiratorio, eventualmente prosegue con forte sete con l'impossibilità di deglutire e infine arresto cardiaco. La malattia nell'uomo non è provocata da ogni morso o ferita causati da animali affetti da rabbia. Se un uomo viene morso all'avambraccio o alla coscia da un animale affetto da rabbia, il rischio di contagio è tra il 15% e il 20%.

La vaccinazione: tra gli animali vaccinati è stata segnalata l'escrezione del virus da vaccino e il susseguente contagio di altri animali. Inoltre, nel 1989, un branco di cani del Kenya morì a causa della rabbia, fino allora mai osservata a livello epidemiologico. Gli animali erano stati precedentemente vaccinati contro la rabbia ("Sueddeutsche Zeitung", 26 novembre 1992, "Animali del Serengeti vaccinati contro la rabbia e poi morti"). In particolari situazioni nell'organismo il virus attenuato del vaccino può rivirulentarsi.

Capitolo 10 Vaccinazioni per animali domestici

10.1 Vaccinazioni per cani

In medicina veterinaria, i vaccini per animali domestici sono consigliati con una frequenza annuale. I produttori hanno instaurato questa specie di tradizione e i veterinari hanno seguito tali indicazioni, senza che fosse richiesto ai produttori di valutare per quanto tempo durano gli anticorpi prodotti dai vaccini. I pochi studi oggi disponibili suggeriscono che la durata dell'immunità sarebbe maggiore di quello che si crede e che quindi la necessità di un richiamo vaccinale non è ogni anno, ma ogni 3 anni (*Kirks' Veterinary Therapy*, 1993).
L'immunologo ricercatore dott. Ronald Schultz ha condotto una ricerca nella letteratura veterinaria cercando una giustificazione per rivaccinare annualmente i cani, ma non ha trovato nessuno studio. La confusione e la controversia aumentano se si considera che, secondo alcuni ricercatori immunologi, vaccinando troppo spesso le iniezioni non riescono più a ottenere una risposta immunitaria adeguata per l'interferenza degli anticorpi nuovi con quelli preesistenti.

Reazioni dei cani ai vaccini

La rivista veterinaria *Wolf Clan Magazine* ha dato voce, nel 1991, a quei ricercatori e veterinari che sono preoccupati riguardo all'eccessiva vaccinazione dei cani: «Quando usavo ancora i vaccini due erano le cose che vedevo. Una era che, entro un'ora dalla vaccinazione, l'animale aveva problemi a respirare o poteva mostrare arrossamenti della pelle. L'altra cosa che vedevo

abbastanza spesso, entro 12-24 ore dalla vaccinazione, era: animali con febbre, che dormivano continuamente, perdita di appetito, a volte vomitavano o avevano diarrea. La maggior parte di questi casi si risolvevano da soli entro 24 ore senza necessità di intervento» (dott. Driston Sherman).
Secondo il veterinario statunitense Norman Ralston «Se vedete che il vostro animale, entro 10 giorni dalla vaccinazione ha una ricaduta decisa in un qualche vecchio problema che si trascina da tempo, lo sapete a che cosa vi trovate davanti. Si tratta di un fenomeno che i veterinari chiamano vaccinosi. Dobbiamo riconoscerlo quando avviene. Ci sono numerose condizioni croniche che si sviluppano qualche tempo dopo la vaccinazione. Alcune di queste condizioni che io riscontro sono otiti croniche, problemi digestivi, epilessia, problemi cutanei e problemi comportamentali».
La veterinaria Nancy Scanlon aggiunge: «Ogni volta che un cane è vaccinato con antiparvo, il numero di globuli bianchi in circolo diminuisce per un po'. Questo significa che il sistema immunitario non funzionerà del tutto in quel periodo di tempo. Una buona parte dei casi di reazioni avverse da vaccini è attribuibile alla vaccinazione eseguita in cani con malattia in incubazione. Per il resto, sebbene reazioni gravi sono generalmente rare, le modificazioni della flora microbica e qualunque affezione concomitante possono determinare la comparsa di patologie a breve e lungo termine».
Pat Bradley, veterinario a Conway (USA), dice: «I problemi più comuni che vedo essere correlati direttamente ai vaccini sono patologie della pelle quali eruzioni croniche o prurito. Vedo anche problemi comportamentali come paura o aggressione. Spesso i padroni riportano che ciò inizia subito dopo la vaccinazione e che tali sintomi si inaspriscono dopo ogni vaccinazione».

Precauzioni d'uso

Sulla documentazione dei vaccini a virus vivi attenuati (prodotti da Intervet) si legge: «Dopo la vaccinazione i cani non devono essere esposti all'infezione per almeno 14 giorni». Inoltre, «Solo i cani sani dovrebbero essere vaccinati. (...) Una buona risposta immunitaria può essere compromessa da una serie di fattori, tra cui cattiva salute, stato nutrizionale, fattori genetici, contemporanea terapia farmacologica e stress».

Le possibili malattie infettive del cane

In generale, i cuccioli che vengono portati dai veterinari sono vaccinati per parvovirus (a 8 settimane di vita), quindi (a 10 settimane) cimurro e seconda dose di vaccino per parvovirosi, poi (a 3 mesi) parvovirosi, cimurro e rabbia,

la seconda dose di antirabbia (a 4 mesi), a 1 anno parvovirosi, a 3 anni cimurro, a 4 e 7 anni rabbia. Adenovirus e parainfluenza sono a volte aggiunte alle vaccinazioni dei cani neonati.

Parvovirosi. Dopo essere stata ampiamente esposta all'infezione da parvovirus canino nel corso degli anni '80, la popolazione canina è divenuta in gran parte resistente all'enterite indotta da questo agente eziologico. In rari casi, oltre alla sindrome enterica può verificarsi un'evoluzione acuta con infiammazione cardiaca.

Cimurro. È l'equivalente del morbillo canino. I sintomi sono inappetenza, febbre, scolo nasale, tosse. Viene colpito anche l'apparato digerente, con convulsioni nei casi più gravi e, a volte, interessamento anche del sistema nervoso. Più un cane è immunodepresso o indebolito da una cattiva alimentazione, tanto più si aggrava il decorso della malattia.

Adenovirus. Può causare anche epatite infettiva. I sintomi sono febbre, vomito, diarrea, ingrossamento dei linfonodi del collo. Rarissimamente è mortale.

Rabbia. Per la rabbia, molti praticano la rivaccinazione annuale, ma onestamente le indicazioni sono per una vaccinazione ogni 3 anni. I vaccini a virus inattivato offrono lo stesso grado di protezione di quelli a virus vivo attenuato e sono consigliabili perché meno pericolosi.

Leptospirosi. È una grave ma infrequente malattia di origine batterica, che provoca febbre, depressione, inappetenza, vomito, disidratazione, dolore muscolare diffuso. Il vaccino è sconsigliato sia per gli effetti collaterali, sia perché tale affezione batterica può essere trattata con antibiotici.

I vaccini per i *coronavirus*, essendo scarsamente efficaci e molto più pericolosi degli altri vaccini, sono sicuramente da sconsigliare.
Catherine O'Driscoll si occupa in Inghilterra di raccogliere informazioni da ogni parte del mondo su reazioni avverse di cani ai vaccini. Il suo indirizzo è: The Canine Health Census, P.O. Box 1, Longnor, Derbyshire, SK17 0JD.

10.2 Vaccinazioni per gatti

Nell'articolo "Linee guida per la vaccinazione del gatto" (su "Veterinaria", giugno 1999) si legge: «Data la natura ubiquitaria e la gravità della **panleu-**

copenia felina, della **rinotracheite** virale e dell'**infezione da calicivirus**, nonché della **rabbia**, tutti i gatti dovrebbero essere vaccinati contro queste malattie. L'immunizzazione contro la **clamidiosi**, l'**infezione FeLV**, la **peritonite infettiva felina (FIP)** e la **dermatofitosi** sono invece indicate come "vaccinazioni non di base"». Comunque, «Non esiste e non può esistere un protocollo vaccinale standard per tutti i gatti, perché il rischio di contrarre le specifiche infezioni varia con l'età e con lo stato di salute dell'animale, con il grado di esposizione ad altri felini e con la prevalenza geografica delle malattie». Inoltre, «**Anche se la vaccinazione non è una procedura innocua**, i suoi vantaggi superano di gran lunga i rischi per la maggior parte dei gatti».
«I veterinari possono stabilire quale tipo di vaccino utilizzare per un particolare paziente sulla base della conoscenza delle differenti caratteristiche dei prodotti disponibili. Le possibili scelte sono rappresentate da vaccini a virus vivo modificato, a virus spento e a subunità vaccinali. I vaccini inoltre differiscono per la via di somministrazione utilizzabile (parenterale o intranasale) e per il numero di antigeni che contengono (singolo o multiplo). (...) I vaccini a virus vivo offrono una protezione più rapida. (...) Il principale vantaggio dei vaccini inattivati è che non causano malattie infettive.»

Le possibili malattie infettive del gatto

Panleucopenia felina (sinonimi: cimurro del gatto, gastroenterite infettiva felina). Un tempo ritenuta la più importante malattia infettiva dei felini, la panleucopenia si osserva oggi raramente nella pratica clinica. Solo una minima parte dei gatti infetti manifesta i segni clinici (la diarrea solitamente compare nelle fasi più avanzate della malattia). Tutti i gatti di oggi hanno acquisito l'immunità attraverso il contagio e ciò è confermato dall'elevata incidenza di anticorpi specifici al virus. Durante il decorso della malattia è suggerita la somministrazione delle vitamine del gruppo B.

Complesso delle affezioni delle vie aeree superiori del gatto (sinonimi: rinotracheite, influenza felina, polmonite). Nel 90% circa dei casi l'infezione (che si manifesta con starnuti, colo nasale e oculare) è sostenuta dall'**herpesvirus felino** o dal **calicivirus**. La malattia è in genere autolimitante, in alcuni individui, i segni clinici possono persistere per parecchie settimane, mesi e, occasionalmente, anni. La ***Chlamydia psittaci*** è un'altra possibile infezione poco diffusa e praticamente senza problemi secondari per il gatto colpito.

Infezioni da retrovirus nel gatto (sinonimi: virus della leucemia felina, FeLV, virus dell'immunodeficienza felina). Attualmente sul mercato si trovano 5 diversi vaccini. L'efficacia e l'opportunità di applicarli sono oggetto di notevoli controversie.

Infezione da coronavirus del gatto (sinonimo: peritonite infettiva felina, FIP). Nei gatti colpiti da tale infezione il segno clinico più evidente è la formazione di liquido peritoneale con distensione dell'addome. I primi tentativi di vaccinazione del gatto contro l'infezione da coronavirus portarono a risultati devastanti. Si rilevò che in seguito all'esposizione al virus i soggetti vaccinati contraevano forme cliniche molto più gravi di quelli non vaccinati. Attualmente, per i soli gatti a rischio, viene praticata la vaccinazione intranasale.

Per la rabbia, sono disponibili vaccini a virus vivo attenuato, ma i prodotti inattivati offrono lo stesso grado di protezione e sono consigliabili rispetto agli altri. La maggior parte dei vaccini è approvata sia per l'impiego nel cane che nel gatto.

Reazioni ai vaccini

Per i gatti, la somministrazione intranasale dei vaccini può essere più efficace per le malattie la cui sede primaria di replicazione è l'apparato respiratorio (per esempio herpesvirus felino e calicivirus felino). La vaccinazione per questa via ha il vantaggio di indurre risposte di tipo linfocitario, locale, nell'apparato respiratorio, oltre a stimolare l'immunità sistemica. Però i vaccini che vengono somministrati per via intranasale tendono a essere associati a un tasso più elevato di effetti indesiderati postvaccinali quali congiuntivite, starnuti ed eliminazione del virus vaccinale nell'ambiente.
Invece, «I vaccini iniettati possono indurre risposte sistemiche non mediate da processi allergici, quali febbre, letargia e riluttanza a muoversi. La comparsa di questi segni clinici è prevedibile, in una certa misura, in una percentuale quantificabile di qualsiasi popolazione vaccinata. Queste reazioni spesso non sono ben conosciute dai veterinari. La gravità della risposta può variare da un gatto all'altro. La causa è sconosciuta» ("Veterinaria", giugno 1999). Ogni forma di autoimmunità a seguito di vaccinazioni è stata segnalata nella letteratura medica veterinaria.
Le reazioni alla *Chlamydia psittaci*, componente viva attenuata nel vaccino, sono rappresentate da letargia, anoressia, zoppia e febbre a distanza di 7-21 giorni dalla vaccinazione.

10.3 Vaccinazioni e copertura immunitaria materna interferiscono?

È un fatto accertato e riconosciuto nella letteratura scientifica che, nelle varie specie animali, la vaccinazione nei primi mesi di vita crea una interferenza e distruzione reciproca degli antigeni del neonato di origine materna e degli anticorpi IgE creati dalla vaccinazione.
«Stante la dimostrata attività manifestata dagli anticorpi passivi, di origine materna, nel limitare la replicazione del virus vaccinale, il primo intervento immunizzante nei giovani bovini deve essere collocato in corrispondenza del declino dell'immunità passiva, verso i 6 mesi di età» (Cavirani, 1996).
«È noto che gli animali vaccinati troppo giovani, quando sono ancora coperti dall'immunità materna, non sono in grado di fornire una soddisfacente risposta immunitaria, o addirittura possono andare incontro alla malattia in forma subclinica da virus vaccinale» (Jungbaeck, 1990).
Questo tema si riscontra spesso nella letteratura medica veterinaria. C'è cioè una copertura immunitaria materna e questa interferisce con le vaccinazioni infantili nei primi mesi di vita.
«L'interferenza dei titoli anticorpali materni vengono considerati la principale ragione di insuccesso vaccinale nei cuccioli» (Carmichael, 1984).
«L'età più adatta per vaccinare può essere difficile da stabilire. In linea generale, la prima vaccinazione deve essere effettuata all'età di 9-12 settimane, epoca in cui, nella maggior parte dei casi, i titoli anticorpali materni sono diminuiti tanto da non determinare più fenomeni di interferenza» (Dawson, 1995).
«In alcuni gattini, la persistenza di titoli sierici elevati di anticorpi materni può interferire con il programma vaccinale originale» (Dawson, 1991).
«La neutralizzazione degli antigeni da vaccini a opera degli anticorpi materni è la più comune causa di insuccesso vaccinale nel gatto» ("Linee guida per la vaccinazione del gatto", in "Veterinaria", giugno 1999).
«I livelli degli anticorpi di derivazione materna continuano a decrescere in maniera costante e fino a quando sono presenti impediscono una vaccinazione efficace» (Hoare, 1995).
Relativamente alla specie umana non vi sono ricerche che verifichino l'efficacia in termini di anticorpi delle vaccinazioni a 3 mesi o eventuali interferenze con immunità passiva materna. Anzi in realtà le vaccinazioni sono usate negli Stati Uniti a 2 mesi e in alcune nazioni persino direttamente nella sala da parto.

CAPITOLO 11

Riferimenti legislativi sulle vaccinazioni

L'obbligo italiano in campo di vaccinazioni non ha eguali in Europa o nei Paesi industrializzati. Solo in Francia e Belgio c'è un obbligo vaccinale per legge, ed è quello della polio. In Giappone il 29 giugno 1994 furono sospesi tutti gli obblighi di vaccinazioni infantili, ciò (secondo le autorità sanitarie giapponesi) in vista della «Impossibilità di prevedere tutti gli effetti collaterali, a breve e lungo termine, dei vaccini sui bambini».
Fino al 1995, per i neonati sanmarinesi ben 8 vaccinazioni sono state obbligatorie (4 più che in Italia) con ben 4 richiami, per un totale di 32 vaccinazioni. Ebbene in questo piccolo Stato la percentuale di bambini handicappati (resi paralizzati) è risultata superiore del 30% rispetto all'Italia. Solo recentemente l'associazione sanmarinese dei genitori per la libertà delle vaccinazioni è riuscita a far togliere gli obblighi vaccinali "nazionali".

11.1 Leggi degli obblighi vaccinali in età pediatrica

Antidifterite e antitetanica

- L'obbligo di profilassi vaccinale per la difterite e il tetano sono entrambi regolati dalla legge n. 166 del 27 aprile 1981, che modifica la precedente legge dell'obbligo per l'antidifteritica (legge n. 891 del 6 giugno 1939), e per il vaccino del tetano (legge n. 292 del 5 marzo 1963 e legge n. 418 del 1968).
- La legge n. 166 del 1981, stabilisce all'art. 1, comma c: «Per i nuovi nati, i quali dovranno essere vaccinati con 3 somministrazioni di anatossina tetanica adsorbita, associata ad anatossina difterica, di cui la prima al terzo

mese di vita, la seconda dopo 6-8 settimane dalla precedente, la terza al decimo-undicesimo mese di vita».

- La dose antitetanica e antidifterica nei bambini in età prescolare (5°- 6° anno di età) è **raccomandata** dal Ministero (decreto ministeriale del 7 aprile 1999), **ma non obbligatoria**, come sottolineato a più riprese da magistratura e responsabili nazionali sanitari (per esempio, dal Dipartimento di prevenzione e farmaci della provincia di Bolzano il 26 agosto 1996, o dal Tribunale dei Minori di Venezia il 29 marzo 1993).

Antipolio

- La normativa che regola l'obbligo di vaccinazione antipolio è la legge n. 51 del 4 febbraio 1966. Citiamo, all'art. 2 di tale legge: «La vaccinazione con il metodo Sabin deve essere distanziata di almeno 4 settimane da altra vaccinazione con virus vivo».
  Commento: quindi attenzione alle vaccinazioni antimorbillo, antiparotite e antirosolia, anch'esse con virus vivo, o anche all'antinfluenzale.
- All'art. 3, la legge n. 51 del 1966 stabilisce che: «La persona che esercita la patria potestà (...) è responsabile dell'osservanza dell'obbligo della vaccinazione. Il contravventore è punito con la sanzione amministrativa fino a L. 300.000».
  Commento: essendo prevista dalla legge una sanzione per l'eventuale infrazione, la non vaccinazione secondo l'obbligo di legge non può essere sanzionata anche da un atto amministrativo, come per esempio l'intervento di un sindaco, e quindi entrare nel ramo penale. L'art. 650 del Codice Penale (relativa all'attuazione forzata di un obbligo di legge) non può trovare applicabilità per le vaccinazioni, poiché si tratta di norma accessoria, applicabile soltanto quando l'inosservanza non è altrimenti sanzionata.
- All'art 4 si legge: «Ai documenti prescritti per la prima ammissione alla scuola d'obbligo è aggiunto il certificato, da rilasciarsi gratuitamente, di aver subito la vaccinazione antipoliomielitica. (...) Per i bambini che non hanno completato il ciclo delle inoculazioni deve essere presentato a ciclo ultimato un nuovo certificato che attesti l'avvenuta vaccinazione».
  Commento: la legge sancisce un obbligo e una precondizione di ammissione alla scuola dell'obbligo. In questo modo si mette a dura prova un principio di libertà sancito dalla Costituzione italiana all'art. 34: «La scuola è aperta a tutti». La Costituzione garantisce l'istruzione come diritto fondamentale, indipendentemente dal fatto che la persona sia malata o meno: persino i portatori di AIDS hanno il diritto ad andare a scuola.

- A partire dalla legge n. 51 del 1966 sono state fatte negli anni diverse modifiche a opera di alcuni decreti ministeriali. Nel decreto ministeriale 25 maggio 1967, all'art. 2, si legge: «La vaccinazione (...) è temporaneamente sospesa nei confronti dei soggetti che presentano manifestazioni di malattia acuta, febbrile o diarrea e dovrà essere ripresa appena scomparso lo stato di controindicazione».
  Commento: quindi attenzione a quei pediatri o medici dell'AUSL che asseriscono si possa vaccinare comunque anche se il bambino non sta bene.
- Il decreto ministeriale del 14 gennaio 1972 prevede che siano somministrate 3 dosi di vaccino antipolio Sabin entro l'anno di età, più una quarta nel terzo anno di vita.
  Commento: la legge dell'antipolio obbligatoria del 4 febbraio 1966 delegava il Ministero a regolamentare le dosi del primo anno e non a renderne obbligatorie altre negli anni successivi. Per questo l'obbligatorietà della dose di polio del 3° anno viene messa in discussione. Infatti l'art. 32 della Costituzione italiana sancisce che «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, e il decreto ministeriale che sancisce la dose al terzo anno non può avere valore di legge».
- Con il decreto ministeriale 7 aprile 1999, si sostituisce il vaccino Sabin con il Salk nelle prime due dosi antipolio (virus uccisi iniettati anziché attenuati ingeriti come pasticche).

Antiepatite B

- La normativa che determina l'obbligo del vaccino antiepatite B è la legge n. 165 del 27 maggio 1991 ("Gazzetta Ufficiale" n. 127 del 1 giugno 1991). All'art. 1, comma 1, si legge: «Al fine di prevenire l'insorgere e la diffusione dell'epatite virale B la vaccinazione contro tale malattia è obbligatoria per tutti i nuovi nati, nel primo anno di età».
  All'art. 2: «Limitatamente ai dodici anni successivi alla data di entrata in vigore della presente legge (fino al 27 maggio del 2003, N.d.A.) la vaccinazione è obbligatoria anche per tutti i soggetti, nel corso del dodicesimo anno di età».

11.2 Consenso dei genitori e test prevaccinali

La legge n. 833 del 23 dicembre 1978, all'art. 33 stabilisce che: «Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi, devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la

partecipazione da parte di chi vi è obbligato». Inoltre, secondo questa normativa lo Stato italiano è obbligato a fornire ai cittadini «Le informazioni concernenti i prodotti chimici usati in medicina, i preparati farmaceutici, i preparati galenici, le specialità medicinali, i vaccini, i sieri, le anatossine» ecc. (titolo I capo II, n. 6).

La Corte Costituzionale, con sentenza n. 258 del 20-23 giugno 1994, pur ribadendo la costituzionalità delle vaccinazioni obbligatorie, introduce però il principio di necessità di test prevaccinali per ridurre i rischi e individuare i soggetti da esonerare. Testualmente, la Corte Costituzionale richiama l'attenzione del legislatore «Perché siano individuati e siano prescritti in termini normativi, specifici e puntuali, ma sempre entro limiti di compatibilità con le sottolineate esigenze di generalizzata vaccinazione, gli accertamenti preventivi idonei a prevedere e a prevenire i possibili rischi e complicanze».

11.3 Bambini non vaccinati a scuola

Non più limitazioni per i non vaccinati!

Autocertificazione dei non vaccinati per l'iscrizione alla scuola

Decreto del Presidente della Repubblica n. 355 del 26 gennaio 1999; "Gazzetta Ufficiale" n. 243 del 15 ottobre 1999: viene di fatto consentita l'iscrizione alle scuole dell'obbligo e appare verosimile per analogia anche alle altre comunità infantili di coloro che non hanno eseguito le vaccinazioni obbligatorie. La normativa precedente, che viene sostituita da questa, era il DPR n. 1518 del 22 dicembre 1967, che all'art. 47 stabilisce che i direttori delle scuole e i capi degli istituti di istruzione pubblica o privata non possono ammettere alla scuola o agli esami gli alunni che non comprovino, con la presentazione del certificato, di essere stati sottoposti alle vaccinazioni obbligatorie.

Autocertificazione va bene anche per gli asili nido e scuole materne

Circolare della Regione Emilia Romagna dell'1 dicembre 1998 e circolare della Regione Veneto del 7 aprile 2000: con queste due circolari prima la Regione Emilia Romagna e poi la Regione Veneto chiariscono che tutti i bambini non vaccinati sono ammessi regolarmente alla frequenza di asili nido e scuole materne; rimane garantita la frequenza alla scuola dell'obbligo dal DPR del 26 gennaio 1999.

Circolare del Ministero della Sanità n. 6 del 20 aprile 2000: questa circolare stabilisce che i bambini non vaccinati possono regolarmente essere ammessi e frequentare le colonie estive, centri e comunità di vacanza di vario genere.

Certificato solo per la prima dose

Art. 328 Codice Penale: mettiamo che, in seguito a reazione di vostro figlio alla prima dose di vaccino, voi rifiutaste di sottoporlo alle successive dosi. È accaduto che qualche AUSL abbia rifiutato di rilasciare i certificati di vaccinazione della prima dose, perché il ciclo non è completato. Questo è un palese abuso per il quale la vostra denuncia porterebbe certamente alla condanna penale del responsabile per rifiuto di atti di ufficio. È quindi sufficiente minacciare di ritornare con due testimoni ed eventualmente farlo. Tale certificato potrebbe servire, a seconda dei casi, a dimostrare al Tribunale dei Minori o al preside che la vostra posizione non è ideologica ma logica e magari è maturata sulla base dei primi effetti negativi sul bambino stesso o sul figlio precedente.

11.4 Sanzioni per la non vaccinazione

Abbiamo detto che la AUSL non ha alcun potere coercitivo e che una volta che il Tribunale dei Minori ha verificato le motivazioni dei genitori viene solo comminata una multa. Consigliamo di chiedere consiglio al CO.MI.L.VA o a Vaccinetwork per opporsi presso il giudice di pace alla multa prevista per i genitori che non vaccinano i loro figli. Le possibilità di ottenere una sentenza che annulli l'ingiunzione amministrativa (la multa) aumentano decisamente se c'è uno dei seguenti elementi:

- l'ingiunzione non è stata notificata entro i 90 giorni previsti dalla legge n. 689 del 1981;
- non è stata indicata la data dell'accertamento della violazione nei verbali a carico dei genitori;
- l'ingiunzione è stata effettuata senza che i genitori siano stati invitati a un colloquio, nonostante loro espressa richiesta.

Niente multa da pagare!

Sentenza del Tribunale di Vicenza n. 319 del 15 dicembre 1999 (depositata in Cancelleria il 21 febbraio 2000: tale sentenza è una delle tante che ha annullato un'ordinanza-ingiunzione di pagamento emessa dal sindaco di un co-

mune vicentino nei confronti di una famiglia che non aveva sottoposto la propria figlia alle vaccinazioni obbligatorie in quanto «Il suo comportamento non era sanzionabile, perché diretto a salvaguardare la salute della propria figlia minore, con la conseguente applicazione dell'art. 41 della legge n. 689 del 1981».

ASSOLTI DALLA MULTA I GENITORI PERCHÉ IL FATTO NON COSTITUISCE REATO, PRETURA DI SOAVE, 22 NOVEMBRE 1985

Estratto della sentenza: «Come risulta dalla lettera al direttore della AUSL in data 28-10-1985 e dalle dichiarazioni rese in dibattimento dai due imputati, non vi è stato da parte di costoro un rifiuto aprioristico e ingiustificato di sottoporre a vaccinazioni la propria figlia ma, invece, una richiesta di accertare preventivamente la compatibilità del singolo vaccino da somministrare con lo stato di salute della bambina, con particolare riferimento al quadro immunologico.

«Orbene, non par dubbio che, sia pure di fronte a un dettato legislativo che non lascia interpretativi, la richiesta dei genitori viene a costituire l'esercizio di un diritto che nelle norme costituzionali trova previsione e garanzia (il primo comma dell'art. 32 sancisce la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività), per cui, tenuto conto delle non certo rare complicanze, talvolta con esiti letali, determinate dalla somministrazione di vaccini in soggetti immunodeficienti, l'atteggiamento dei prevenuti non avrebbe potuto, comunque, integrare alcuna ipotesi di reato per la evidente sussistenza dell'esimente stabilita dall'art. 51 del Codice Penale.

«Tale conclusione, peraltro, viene assorbita dall'avvenuta depenalizzazione, ex art. 32 legge n. 689 del 24 febbraio 1981, della violazione contestata, con la conseguente trasmissione degli atti all'autorità amministrativa competente e l'assoluzione degli imputati perché il fatto non costituisce reato».

La AUSL non richiede più neanche il pagamento delle multe!

AUSL di Trento, 10 dicembre 1999: sono stati sospesi 70 procedimenti di ricorsi per non pagare 350.000 lire previste come sanzione amministrativa a chi non vaccina. Il direttore della AUSL di Trento ha comunicato che tutti i procedimenti di multe sono stati sospesi e che non ne saranno emessi più in futuro.

Depenalizzazione della scelta di non vaccinare a sanzione amministrativa

A seguito dell'entrata in vigore della legge n. 689 del 24 novembre 1981 "Modifiche al sistema penale" le precedenti norme relative alle vaccinazioni obbligatorie sono considerate depenalizzate. Neanche la successiva legge antiepatite (n. 165 del 1991) prevede sanzioni penali.

Vaccinazione forzata: fuorilegge le ordinanze dei sindaci

Corte di Cassazione, sentenza n. 1511 del 12 dicembre 1990: l'ordinanza di vaccinazione forzata da parte del sindaco è inammissibile e non sono punibili i genitori che non vaccinano i figli, in quanto:

- il provvedimento di cui al genitore è stata attribuita l'inosservanza difetta del necessario carattere precettivo ed è pertanto inidoneo a determinare un obbligo giuridico;
- la condotta dei genitori che non vaccinano e già sanzionata dalla legge n. 895 del 1939, dalla legge n. 292 del 1963, dalla n. 51 del 1966 e dalla n. 419 del 1968; quindi l'art. 650 del Codice Penale (relativa all'attuazione forzata) non può ricorrere poiché si tratta di norma accessoria, applicabile soltanto quando l'inosservanza non è altrimenti sanzionata;
- l'ordinanza del sindaco non è da ritenersi un provvedimento dell'autorità la cui inosservanza è punita ai sensi dell'art. 650 del Codice Penale, perché la non vaccinazione è già prevista come comportamento illecito in una norma primaria, cioè le leggi sull'obbligo vaccinale, il cui contenuto non può rientrare in un atto amministrativo.

11.5 Segnalazioni di reazioni avverse e indennizzo

Legge n. 531 del 1987 sulla farmacovigilanza e vaccinovigilanza

Secondo l'art. 9 della legge n. 531 del 1987 il medico curante è tenuto a comunicare alla AUSL gli effetti collaterali dei farmaci, quindi anche dei vaccini, entro 10 giorni dal momento in cui ne è venuto a conoscenza e in caso di morte entro 24 ore. L'inosservanza di queste norme comporta per il medico procedimenti per l'irrogazione di sanzioni disciplinari. Se il medico si rifiuta, il cittadino può segnalare gli effetti collaterali autonomamente alla propria AUSL.

Modulo di segnalazione di reazioni avverse

Circolare ministeriale del 25 giugno 1999: in allegato a tale circolare appare

il modulo predisposto dal Ministero della Sanità per la segnalazione delle reazioni avverse da vaccini (www.sanita.it).

Obbligo al risarcimento dei danni da vaccino
Delibera della Corte Costituzionale del 22 giugno 1990: la Corte Costituzionale dichiara l'illegittimità della legge n. 51 del 4 febbraio 1966 (obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica) nella parte in cui non prevede, a carico dello Stato, un'equa indennità per il caso di danno derivante, al di fuori dell'ipotesi di cui all'art. 2043 del Codice Civile (risarcimento per fatto illecito), da contagio o da altra apprezzabile malattia riconducibile alla vaccinazione obbligatoria antipoliomielitica, riportata dal bambino vaccinato o da altro soggetto a causa dell'assistenza personale prestata al primo.

Anche i danni da vaccinazioni facoltative devono essere indennizzati
Sentenza della Corte Costituzionale n. 423 del 2000: la legge n. 210 del 1992 affermava che le vaccinazioni facoltative non davano diritto all'indennizzo in caso di complicazioni. Questa situazione è stata ribaltata dalla sentenza n. 423 del 2000 della Corte Costituzionale, secondo la quale lo Stato deve indennizzare anche i danni subiti per le vaccinazioni facoltative. La questione, promossa dal Tribunale di Sanremo, era scaturita dal caso di un uomo che aveva contratto una epatopatia cronica dopo essersi sottoposto a vaccinazione antiepatite B a seguito delle massicce campagne di informazione avviate a partire dal 1983 dal Ministero della Sanità. La sentenza conferma il principio espresso nella precedente n. 27 del 1998 a proposito del vaccino antipolio. La consulta ha affermato che «Non è lecito chiedere al singolo di esporre a rischio la propria salute per un interesse collettivo, senza che la collettività non sia disposta a condividere il peso di eventuali conseguenze negative».

Solo indennità di base o anche indennità da superinvalidità?
Sentenza del Tribunale di Camerino, novembre 2000: in applicazione della legge in vigore (legge n. 210 del 1992), gli invalidi da vaccino vengono indennizzati in base a una tabella (la "A"), meno favorevole di quella ("B") applicata nei casi di guerra o di invalidità lavorative in forza del DPR n. 834 del 1981. La legge inoltre vieta espressamente alle commissioni mediche incaricate di visitare chi ha avuto un danno da vaccino e di riconoscergli il diritto all'assegno di superinvalidità, anche se sussistono i presupposti di fatto. Ad avviso del giudice Semeraro tutto ciò contrasta con gli artt. 2, 3 e 32 della Costituzione, che tutela l'integrità fisica dell'individuo come bene indivi-

duale e interesse collettivo. Il giudice inoltre sottolinea che la legge sancisce una disparità di trattamento incostituzionale. In pratica, i danneggiati da vaccino hanno diritto solo a un piccolo aumento dell'indennità di base, fino a un massimo di 7 milioni di lire (contro i 40 milioni di lire annui su cui possono contare invece i superinvalidi per motivi di lavoro o reduci da un conflitto). Il giudice ha accolto l'istanza di un danneggiato da polio tetraplegico ad avere un indennizzo da superinvalido.

Risarcimento più rapido
Sentenza della Cassazione n. 1392 del 2000: con questa sentenza viene sancito che la richiesta di risarcimento per danni da vaccino e trasfusione deve essere giudicata dal giudice ordinario (locale) e non dal foro dell'erario, che dovrebbe essere quello del capoluogo di regione. Il risarcimento è normalmente miliardario, da non confondere con l'indennizzo che si ottiene in via amministrativa e che corrisponde, per la legge n. 210 del 1992, al massimo di 14 milioni di lire all'anno.

11.6 Altri obblighi per adulti

Antitifica non più obbligatoria
Art. 32 della legge n. 449 del 27 dicembre 1997: l'antitifica non più obbligatoria per alimentaristi e personale di cucina, addetti all'approvvigionamento idrico, alla distribuzione e raccolta del latte (Decreto del Capo del Governo del 2 dicembre 1926 e DPR n. 327 del 26 marzo 1980).

Test e vaccino tubercolinico
Legge n. 1088 del 14 dicembre 1970, DPR n. 447 del 23 gennaio 1975, DPR n. 1518 del 22 dicembre 1967: la vaccinazione contro la tubercolosi è stata resa obbligatoria dalla legge del 14 dicembre 1970 solo per alcune categorie a rischio, che sono sottoposte a test tubercolinico, e debbano essere vaccinate in caso di test cutaneo negativo: addetti a ospedali, cliniche, studenti in medicina, soldati all'atto dell'arruolamento, coabitanti in nuclei familiari di ammalati.
La Commissione affari sociali della Camera dei Deputati (29 febbraio 2000) ha accolto la risoluzione proposta dall'on. Tiziana Valpiana per abolire i test per sifilide per varie categorie di cittadini (militari, detenuti ecc.), il controllo sanitario per barbieri, parrucchieri e affini, il controllo sanitario biennale per il personale della scuola, la vaccinazione per la tubercolosi.

Indirizzi utili

AMEV, Associazione per Malati Emotrasfusi Vaccinati,
via Puccinotti 59, 50129 Firenze
tel. 055 4628901, fax 055 4628909
e-mail: stanca@tin.it

Associazione Universo Bambino
c/o Di Latte Antonio
via Doria 4/6, 17051 Andora (Savona)
tel. 0182 88763

Associazione vittime dei vaccini,
sede nazionale c/o Giorgio Tremante,
via Danilo Preto 8, 37133 Verona
tel. 045 8402290
e-mail: giorgiotremante@tin.it

CALV,
c.p. 45, 39043 Chiusa (Bolzano)

CILV
Cornedo Vicentino (Vicenza)
tel. 0445 446484
Valdagno (Vicenza)
tel. 0445 413812 - 0445 480054

CO.M.I.L.VA. Riminese,
Rimini, tel. 0541 332053
e-mail: solopatty@tin.it

COS (Centro Orientamento Salute), di Andromeda e Carta Duemila,
via Salvator Allende 1, 40139 Bologna
tel. 051 490439 - 548721, 0543 62477, fax 051 491356,
cell. 338 5632938
e-mail: andromeda@posta.alinet.it

dott. Montinari Massimo
via Flacco 11, Bari
tel. 080 5617061

Federazione CO.M.I.L.VA.
(referente Walter Pansini),
c.p. 1881, 34133 Trieste, tel. 040 393536
http://www.comilva.org
e-mail: comilva@comilva.org

Vaccinetwork, Movimento per la libertà di vaccinazioni,
viale Gramsci 279, 41100 Modena,
tel. 059 310797
http://www.vaccinetwork.org
e-mail: info@vaccinetwork.org

Fonti bibliografiche

Capitolo 1

Aaby P., *Child mortality after high-titre measles vaccines*, (in) "The Lancet", 1991 Dec 14, vol. 338, pp. 1518-15189

Allan B., (in) "Australian Journal of Medical Technology", November 1973, vol. 4, pp. 26-27

Brioschi A., Donzetti A., *Processo alle vaccinazioni*, Pubblicazione Popolare Scientifica, 1976

Buchwald G., *Vaccinazioni, il business della paura*, Ed. CIVIS, Massagno (Lugano), 1998

Coulter H., *Vaccinazioni, il grande attacco al cervello e alla psiche*, NOI-Verlag, Klagenfurt, 1990

Cheraskin E., *Diet and Disease-Medical Proof of Their Life and Death Relationship*, (in) "Keats Publishing Inc.", New Canaan, Connecticut, Health Science Edition pub., 1977, pag. 369

Dettman G., *Second Thoughts About Disease-A Controversy and Bechamp Revisited*, (in) "Journal of the International Academy of Preventive Medicine", vol. IV, no. 1, Houston, Texas, July 1977

Dubos R., *Mirage of Health*, Harper Ed., New York 1938

Hadwen S., *Hygienic measures or immunisation?*, (in) "Truth", 17 gen. 1923

James W., *Immunization-The Reality Behind The Myth*, Bergin & Garvey Publishers Inc., S. Hadley, Massachusetts, 1988

Juneblut C.W., *Blood sugar levels and dextrose tolerances in experimental poliomyelitis*, (in) "Amer. J. Disease of Children", 1936, vol. 51, pag. 91

Kimman T.G., *A severe outbreak of respiratory tract disease associated with bovine respiratory syncytial virus probably enhanced by vaccination with modified live vaccine*, (in) "Vet. Q." 1989 Oct, 11(4), pp. 250-253

McCormick W.J., *Observations on the 1941 outbreak of poliomyelitis and encephalytis in the Midwest*, (in) "Medical Record", 1942, vol. 155, pag. 89

McCormick W.J., *The Changing Incidence and Mortality of Infectious Disease in Relation to Changed Trends in Nutrition*, (in) "The Medical Record", Toronto, Canada, September 1947

Polk B.F., *An Outbreak of Rubella (German Measles) among Hospital Personnel*, (in) "The New England Journal of Medicine", vol. 303, n. 10, September 4, 1980, pp. 541-545

Sabin A.B., (in) "Journal of the American Medical Association", 28 June 1947

Sandler B.P., *The production of neuronal injury and necrosis with the virus of poliomyelitis in rabbits during insulin hypoglicemia*, (in) "American Journal of Pathology", 1941, vol. 17 (194), pag. 69

Sandler B.P., *Diet is a major factor in polio prevention*, (in) "The Ashville Citizen", Nov. 1948

Sandler B.P., *Diet prevents polio*, The Lee Foundation for Nutritional Research Ed., Ashville, 1951

Sutter R., *Outbreak of paralitic poliomyelitis in Oman: Evidence for widespread transmission among fully vaccinated children*, (in) "The Lancet", Sept. 1991, vol. 338, pp. 715-720

Capitolo 2

Chavanon M., *La guerre microbienne est commercée*, Dangles Ed., 1950

Delarue S., *Le tetanos*, Ligue National pour la Liberté deVaccination, 1982

Ronneberger H., *Allergic encephalomyelitis in rats - toxicity assay for pertussis vaccines*, (in) "Arch Toxicol Suppl.", 1980, vol. 4, pp. 179-183

Capitolo 3

Amato G., *Azione dell'acido ascorbico sul virus fisso della rabbia e sulla tossina tetanica*, (in) "Giornale di Batteriologia, Virologia et Immunologia", vol. 19, 1937, pp. 843-849

Cappeller W.A., *Riduzione di IgA biliare*, (in) "Annals of Surgery" (1992), n. 215, pp. 338-343

Drummond J., *Recent Advances in the Treatment of Enteric Fever*, (in) "Clinical Proceedings", vol. 2, South Africa, 1943, pp. 65-93

Dujardin J., *Use of High Doses of Vitamin C in Infections*, (in) "Presse Medical", vol. 55, 1947, pag. 72

Environmental Protection Agency, EPA US, *Mercury study report to Congress*, Document EPA-452/R-97-007. Research Triangle Park, EPA 1997

Gatti & Goana, *Ascorbic Acid in the Treatment of Leprosy*, (in) "Archiv Schiffe-und Tropenhygiene", vol. 43, 1939, pag. 32

Ferreira D., *Vitamin C in Leprosy*, (in) "Publicacoes Medicas", vol. 20, 1950, pp. 25-28

Halsey N.A., *Limiting infant exposure to thimerosal in vaccines and other sources of mercury*, (in) "Journal Amer. Med. Assoc.", 1999 Nov 10, 282(18), pp. 1763-1766

Hochwald A., *Observations on the Effect of Ascorbic Acid on Croupous Pneumonia*, (in) "Wien Archiv fur Innere Medizin", vol. 29, 1936, pp. 353-374

Holden M., *Further Experiments on Inactivation of Herpes Virus by Vitamin C*, (in) "Journal of Immunology", 1937, vol. 33, pp. 251-257

Jungeblut C., *Inactivation of Poliomyelitis Virus In Vitro by Crystalline Vitamin C*, (in) "Journal of Experimental Medicine", 1935, vol. 62, pp. 517-521

Jungeblut C., Zwemer R., *Inactivation of Diphtheria Toxin in Vivo and in Vitro by Crystalline Vitamin C*, (in) "Proceedings of the Society of Experimental Biology and Medicine", vol. 32, 1935, pp. 1229-1234

Jungeblut C., *Inactivation of Tetanus Toxin by Crystalline Vitamin C*, (in) "Journal of Immunology", vol. 33, n. 3, 1937, pp. 203-214

Klenner F., *Observations On the Dose and Administration of Ascorbic Acid When Employed Beyond the Range of A Vitamin In Human Pathology*, (in) "The Journal of Applied Nutrition", Winter 1935, vol. 223, n. 3-4, pp. 60-89

Kodama T., *Studies of the Staphylococcal Toxin, Toxoid and Antitoxin, Effect of Ascorbic Acid on Staphylococcal Lysins and Organisms*, (in) "Kitasato Archives of Experimental Medicine", 1939, vol. 16, pp. 36-55

Langenbusch W., *Einfluss der Vitaniine auf das Virus der Maulund Klavenseuch*, (in) "Zentralblatt fur Bakteriologie", 1937, vol. 140, pp. 112-115

Mamdani M., *Vitamin A Supplementation and Child Survival*, (in) "Health Policy and Planning", Oxford University Press, Oxford, England, 1989, pp. 273-274

Neveu, *Comment prévenir et guérir la polyomyélite*, Ligue National pour la Liberté deVaccination, 1983

Stajich G.V., *Iatrogenic exposure to mercury after hepatitis B vaccination in preterm infants*, (in) "Journal of Paediatrics" 2000, vol. 36, n. 5, pag. 36

Sokolova V., *Application of Vitamin C in Treatment of Dysentery*, (in) "Terapevticheskii Arkhiv", vol. 30, Moscow, 1958, pp. 59-64

Szirmai F., *Value of Vitamin C in Treatment of Acute Infectious Diseases*, (in) "Deutshes Archive fur KlinischeMedizin", 1940, vol. 85, pp. 434-443

Takahashi Z., (in) "Journal of Medical Science", 1938, vol. 12, pag. 50

Vergini R., *Curarsi con il magnesio*, Red Edizioni, Como, 1993

Veselovskaia T., *Effective of Vitamin C on the Clinical Course of Dysentery*, (in) "Voenno-Meditsinskii Zhumal", vol. 3, Moscow, 1957, pp. 32-37

Capitolo 4

Adunsky A., *Pneumococcal vaccine in systemic lupus erythematosus*, (in) "Arthritis Rheum.", 1980 Nov., 23 (11), pp. 1330

Alm J.S., *Atopy in children of families with an anthroposophic lifestyle*, (in) "The Lancet", 1999 May 1, 353 (9163), pp. 1485-1488

Auwaerter P.G., *Changes within T cell receptor V beta subsets in infants following measles vaccination*, (in) "Clin. Immunol. Immunopathol.", 1996 May, vol. 79, n. 2, pp. 163-170

Belgamwar R.B., *Measles, Mumps, Rubella Vaccine Induced Subacute Sclerosing Panencephalitis*, (in) "Journal of the Indian Medical Association", November 1997, vol. 95, n. 11, pag. 594

Bennet D., *Detection of feline calicivirus antigens in the joints of infected cats*, (in) "Vet. Rec.", 1989, vol. 124, pp. 329-332

Carmichael L.E., *A modified live canine parvovirus strain with novel plaque characteristics*, (in) "Cornell Vet.", 1981, vol. 71, pp. 408-427

Caspary E.A., *Effect of live attenuated vaccines on the course of experimental allergic encephalomyelitis. A pilot study*, (in) "Eur. Neurol.", 1977, 16 (1-6), pp. 176-180

Coulter H., *Vaccinazioni: il grande attacco al cervello e alla psiche*, NOI- Verlag Ed., Klagenfurt, 1996

De Keyser F., *Immune-mediated pathology following hepatitis B vaccination. Two cases of polyarteritis nodosa and one case of pityriasis rosea-like drug eruption*, (in) "Clin. Exp. Rheumatol.", 2000 Jan-Feb, 18 (1), pp. 81-85

Chantler J.K., *Persistent rubella infection and rubella-associated arthritis*, (in) "The Lancet", 1982 Jun 12,1(8285), pp. 1323-1325

Dawson S., (in) "Veterinaria", anno 9, n. 1, marzo 1995

Delaney J.J., *Problems of rubella vaccination in adult women*, (in) "The Rocky Mt Med Jour.", 1970 Oct, 67(10), pp. 53-56

Devey M.E., *Experimental allergic encephalomyelitis (EAE) in mice selectively bred to produce high affinity (HA) or low affinity (LA) antibody responses*, (in) "Immunology", 1990 Apr. 69(4), pp. 519-524

Dittman S., *Atypische Verlaufe nach Schutzimpfungen*, Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1981

Domingue G.J., *Bacterial persistence and expression of disease*, (in) "Clinical Microbiology Review", April 1997, vol. 10, n. 2, pp. 320-44

Fisher M.A., *Adverse events associated with hepatitis B vaccine in U.S. children less than six years of age, 1993 and 1994*, (in) "Ann. Epidemiol.", 2001 Jan, 11 (1), pp. 13-21

Ford D.K., *Synovial mononuclear cell responses to rubella antigen in rheumatoid arthritis and unexplained persistent knee arthritis*, (in) "J. Rheumatol.", 1982 May-Jun, 9 (3), pp. 420-423

Goldman II., *Allergic rhinosinusbronchopathy in a patient after the use of dry anti-influenza serum*, (in) "Vestn Otorinolaringol.", 1966 Mar.-Apr., 28 (2), pp. 98-99

Gold J.A., *Arthritis after rubella vaccination of women*, (in) "N. Engl. J. Med.", 1969 Jul. 10, 281(2), pag. 109

Grasland A., *Adult-onset Still's disease after hepatitis A and B vaccination?*, (in) "Rev Med Interne", 1998 Feb., 19 (2), pp. 134-6

Grezard P., *Cutaneous lupus erythematosus and buccal aphthosis after hepatitis B vaccination in a 6-year-old child*, (in) "Ann. Dermatol. Venereol.", 1996, 123 (10), pp. 657-659

Herroelen L., *Central-nervous-system demyelination after immunisation with recombinant hepatitis B vaccine*, (in) "The Lancet", 1991 Nov. 9, 338 (8776), pp. 1174-1175

Hoare S., *Immunogenicità di un vaccino a virus vivo*, (in) "Notiziario farmaceutico Veterinario", Marzo 1995, pp. 35-40

Hussey G.D., *The effect of Edmonston-Zagreb and Schwarz measles vaccines on immune response in infants*, (in) "J. Infect. Dis.", 1996 Jun, vol. 6, n. 173, pp. 1320-1326

Kaithamana S., *Induction of Experimental Autoimmune Graves' Disease in BALB/c Mice*, (in) "The Journal of Immunology", 1999, 163, pp. 5157-5164

Khalfan S., *Epidemics of aseptic meningitis due to enteroviruses following national immunization days in Bahrain*, (in) "Annals of Tropical Paediatrics", vol. 18, n. 2, June 1998, pp. 101-109

Kemp T., *Is infant immunization a risk factor for childhood asthma or allergy?*, (in) "Epidemiology", 1997 Nov, 8 (6), pp. 678-680

Laitinen O., *Very high measles and rubella virus antibody titres associated with hepatitis, systemic lupus erythematosus, and infectious mononucleosis*, (in) "The Lancet", 9 February 1974, vol. 1, pp. 194-197

Le Hello C., *Suspected hepatitis B vaccination related vasculitis*, (in) "J. Rheumatol.", 1999 Jan, 26 (1), pp. 191-4

Levine S., *Inhibition of experimental allergic encephalomyelitis by lithium chloride: specific effect or nonspecific stress?*, (in) "Immunopharmacology", 1991 Nov-Dec, 22 (3), pp. 207-213

Levinson A.I., *In vitro IgM rheumatoid-factor production induced by tetanus toxoid*, (in) "J. Allergy Clin. Immunol.", 1988 Apr, 81(4), pp. 730-736

Liozon E., *Polymyalgia rheumatica following influenza vaccination*, (in) "J. Am Geriatr Soc.", 2000 Nov, 48 (11), pp. 1533-1534

Luster M.I., *Erythrocyte antinuclear antibodies in sera of chickens hyperimmunized with group A streptococcal vaccine*, (in) "Infect. Immun.", 1976 Mar, 13 (3), pp. 825-829

Maillefert J.F., *Exacerbation of systemic lupus erythematosus after hepatitis B vaccination: comment on the article by Battafarano et al. and the letter by Senecal*, (in) "Arthritis Rheum.", 2000 Feb, 43 (2), pp. 468-469

Matsuzono Y., *Measles Encephalomyelitis in a Patient With a History of Vaccination*, (in) "Acta Paediatrica Japonica", June 1995, vol. 37, n. 3, pp. 374-376

Mendelshon R., *Bambini sani senza medicinali*, Red Edizioni, Como, 1992

Mitchell L.A., *Chronic rubella vaccine-associated arthropathy*, (in) "Arch. Intern. Med.", 1993 Oct. 11, 153 (19), pp. 2268-2274

Montgomery S.M., Wakefield AJ., *Measles vaccination and inflammatory bowel disease*, (in) "The Lancet", 1997 Dec. 13, vol. 350 (9093), pag. 1774

Muhlemann K., *Risk factors for invasive Haemophilus influenzae disease among children 2-16 years of age in the vaccine era, Switzerland 1991-1993. The Swiss H. Influenzae Study Group*, (in) "Int. J. Epidemiol.", 1996 Dec., 25 (6), pp. 1280-1285

Nisini R., *Clinical and immunological response to typhoid vaccination with parenteral or oral vaccines in two groups of 30 recruits*, (in) "Vaccine", 1993, 11 (5), pp. 582-586

Odent M.R., *Pertussis Vaccination and Asthma: is there a link?*, (in) "Journal Am. Medical Ass.", 1994, vol. 272, n. 8, pp. 592-593

Onica D., *Autoantibodies detected in rabbits hyperimmunized with group A, C,*

and G streptococcal vaccines, (in) "Infect. Immun.", 1977 Dec., vol. 18 (3), pp. 624-628

Pass R.F., *Specific lymphocyte blastogenic responses in children with cytomegalovirus and herpes simplex virus infections required early in infancy*, (in) "Infect. Immun.", 1981, vol. 1, n. 34, pp. 166-170

Pawlowski B., *Mumps vaccination and type-I diabetes*, (in) "Dtsch Med Wochenschr.", 1991 Apr 19, 116 (16), pag. 635

Pope J.E., *The development of rheumatoid arthritis after recombinant hepatitis B vaccination*, (in) "J. Rheumatol.", 1998 Sep., 25 (9), pp. 1687-1693

Procaccia S., *IgG rheumatoid factors behaviour in young normal subjects following vaccination*, (in) "Boll Ist. Sieroter. Milan", 1983 Nov 30, 62 (5), pp. 451-461

Ray P., *Risk of chronic arthropathy among women after rubella vaccination. Vaccine Safety Datalink Team*, (in) "Journal Am. Medical Ass.", 1997 Aug 20, 278 (7), pp. 551-556

Reizis Z., *Allergic vasculitis and bronchial asthma following influenza vaccination*, (in) "Harefuah.", 1987 Jan. 15, 112 (2), pp. 70-71

Ries K., *Acute lupus erythematosus (SLE) following polyvalent pneumococcal Vaccin*e, (in) "S. D. Journ. Med.", 1981 Mar., 24 (3), pp. 27-28

Riikonen R.S., *Retinal vasculitis caused by rubella*, "Neuropaediatrics", 1995 Jun, 26 (3), pp. 174-176

Robin E., *Some Hidden Dimensions of the Risk/Benefit Value of Vaccine*, (in) "The First International Public Conference on Vaccination", Alexandria, Virginia, September 1997

Russo F., *Problems of rubella prevention: vaccination of 51 fertile young women with the Wister Ra 27/3 virus strain*, (in) "Ann Sclavo", 1980 Jan.-Feb., 22 (1), pp. 57-62

Schattner A., *Poliovaccines and the course of systemic lupus erythematosus-a retrospective study of 73 patients*, (in) "Vaccine", 1992, 10 (2), pp. 98-100

Schutze M.P., *A potential anti-pregnancy vaccine built by conjugation of the beta-subunit of human chorionic gonadotropin to adjuvant-active muramyl pepti de*, (in) "Am. J Reprod Immunol Microbiol", 1987 Jul, 14(3), pp. 84-90

Senecal J.L., *Severe exacerbation of systemic lupus erythematosus after hepatitis B vaccination and importance of pneumococcal vaccination in patients with autosplenectomy: comment on the article by Battafarano et al.*, (in) "Arthritis Rheum.", 1999 Jun., 42 (6), pp. 1307-1308.

Shoenfeld Y., *Vaccination and autoimmunity-'vaccinosis': a dangerous liaison?*, (in) "J. Autoimmun.", 2000 Feb, 14 (1), pp. 1-10

Sinaniotis C.A., *Letter: Diabetes mellitus after mumps vaccination*, (in) "Arch. Dis. Child.", 1975 Sep., 50 (9), pp. 749-50

Sodd S.K., *Disease caused by Haemophilus influenzae type b in the immediate period after homologous immunization: immunologic investigation*, (in) "Paediatrics", vol. 85, n. 4 part. 2, April 1990, pp. 698-704

Stratton K.R., *Adverse events associated with childhood vaccines other than pertussis and rubella. Summary of a report from the Institute of Medicine*, (in) "Journal Am. Medical Ass.", 1994 May 25, vol. 271 (20), pp. 1602-1609

Sutter R., *Outbreak of paralitic poliomyelitis in Oman: Evidence for widespread transmission among fully vaccinated children*, (in) "The Lancet", Sept. 1991, vol. 338, pp. 715-720

Tarkowski A., *Simultaneous induction of rheumatoid factor- and antigen-specific antibody-secreting cells during the secondary immune response in man*, (in) "Clin. Exp. Immunol.", 1985 Aug, 61 (2), pp. 379-387

Thompson N.P., Wakefield AJ., *Is measles vaccination a risk factor for inflammatory bowel disease?*, (in) "The Lancet", 1995 Apr. 29, vol. 345 (8957), pp. 1071-1074

Tingle A.J., *Prolonged arthritis, viraemia, hypogammaglobulinaemia, and failed seroconversion following rubella immunisation*, (in) "The Lancet", 1984 Jun. 30, vol. 1 (8392), pp. 1475-1476

Tingle A.J., *Postpartum rubella immunization: association with development of prolonged arthritis, neurological sequelae, and chronic rubella viremia*, "J. Infect. Dis.", 1985 Sep., 152 (3), pp. 606-612

Trier H., Ronne T., *Duration of immunity and occurrence of secondary vaccine failure following vaccination against measles, mumps and rubella*, (in) "Ugeskr Laeger", 13 July 1992, vol. 154, n. 29, pp. 2008-2013

Tecson F., *Influenza immunization and lupus erythematosus*, (in) "Ann. Intern. Med.", 1978 Oct., 89 (4), pag. 574

Tudela P., *Systemic lupus erythematosus and vaccination against hepatitis B*, (in) "Nephron.", 1992, 62 (2), pag. 236

Vaandrager G.J., *Islet cell antibodies, mumps infection and mumps vaccination*, (in) "Diabetologia", 1986 Jun., 29 (6), pp. 406-7

Van der Straeten C., *Rapidly fatal pneumococcal septicemia in systemic lupus Erythematosus*, (in) "J. Rheumatol", 1987 Dec., 14 (6), pp. 1177-1180

von Wehren U., *Arthritis following rubella immunization*, (in) "Z. Orthop. Ihre Grenzgeb", 1983 Nov.-Dec., 121(6), pp. 749-750

Wakefield A.J., *Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children*, (in) "The Lancet", 1998 Feb 28, 351 (9103), pp. 637-641

Ward B.J., *Changes in cytokine production after measles virus vaccination: predominant production of IL-4 suggests induction of a Th2 response*, (in) "Clin. Immunol. Immunopathol.", 1993 May, 67 (vol. 2), pp. 171-7

Welch M.J., *Increased frequency of rheumatoid factor precursor B lymphocytes after immunization of normal adults with tetanus toxoid*, (in) "Clin. Exp. Immunol.", 1983 Feb., 51 (2), pp. 299-304

Zablocki B., *An attempt to induce the production of rheumatoid factor-like substance in rabbits by prolonged immunization with killed bacterial suspension*, (in) "Bull. Acad. Pol. Sci. Biol.", 1966, 14 (1), pp. 23-24.

Capitolo 5

Bigatti P., *Vaccinazioni, l'altra faccia della medaglia*, Macro Edizioni, San Martino di Sarsina, 1991

Cournoyer C., *What About Immunization? A Parents' Guide to Informed Decision Making*, Private Research Publication, Canby, Oregon, USA, 4th Edition, 1987

Fudenberg H., *Dialyzable lymphocyte extract in infantile onset autism: a pilot study*, (in) "Biotherapy" 1996, vol. 9, pag. 144

Goldberg R.L., *Rilascio di proteoglicani della membrana cellulare da codrociti da parte di interleukina-1*, (in) "Agents and Actions", 1993, vol. 39, Spec. N. C, pp. 163-165

Nadler J.P., *Central Nervous System Demyelination after immunization with Recombinant Hepatitis B vaccine*, (in) "The Lancet", 9 nov. 1991, vol. 338

Neustaedter R., *Immunizations, Are They Necessary?*, Hering Family Health Clinic, Berkeley, California, 1981

Neustaedter R., *The Vaccine Guide: Making an Informed Choice*, North Atlantic Books, 1996

Vanoli G.P., *Guida alla salute naturale*, Vanoli Ed., Milano, 1991

Zanni M., *Modulazione del rilascio di proteoglicani e composizione di condriosaccaridi per mezzo del fattore di crescita beta in cartilagine articolare*, (in) "Seminars in Thrombosis and Hemostasis", 1994, vol. 20, pp. 159-167

Zlatkin A.R., *Blood motilin and diarrhea in ulcerative colitis*, (in) "Sovetskaia Meditsina", 1990, vol. 10, pp. 14-18

Capitolo 7

Baker A.B., *The Central Nervous System in infectious diseases of childhood*, (in) "Postgraduate Medicine" (1949), vol. 5, pp. 1-12

Lurie L.A., *Long-term studies on children with post-encephalitic behaviour*, (in) "Am. Journal. Psychiatry", (1947) 104, pp. 171-179

U.S. Physicians' Desk Reference, ed. 2000

Capitolo 8

Cosford R., *Vaccination, Early Infections, Antibiotic Use and the connection with Gastrointestinal Dysbiosis and Autism in Children*, (in) "Lecture at Autism-Europe Congress, Glasgow", May 2000

D'Eufemia P., *Abnormal intestinal permeability in children with autism*, (in) "Acta Paediatrica", 1996, 85, pp. 1076-1079

Murch S.H., *Disruption of sulphated glycosaminoglycans in intestinal inflammation*, (in) "The Lancet", 1993, pp. 711-714

Reichelt K.L., *Biologically active peptide-containing fractions in schizophrenia and childhood autism*, (in) Martin JB., Bick KL (Eds), Neurosecretion and Brain Peptides, Raven, New York, 1981, pp. 627-643

Capitolo 9

Brioschi A., Donzetti A., *Processo alle vaccinazioni*, Pubbl. Pop. Scient., 1976
Cacciapuoti, *Federazione Medica*, XL, giugno 1987
Gold R., *Fruehsommer-meningo-enzephalitis*, (in) "Impfung Dtsch med. Wschr.", 1992, 117, pp. 112-116
Goerre T., (in) "Schweiz Med. Wschr", 123, 1993, pag .654
Manca M., (in) "Bollettino Ass. Igienista Italiana", aprile 1980
Rendu R., (in) "Journal de médicine de Lyon", fevrier 1954, pag. 819
Vanoli G.P., *Guida alla salute naturale*, Vanoli Ed., Milano, 1991

Capitolo 10

AAFP/AFM Advisory Panel on feline Vaccines, *Linee guida per la vaccinazione del gatto*, (in) "Veterinaria", anno 13, n. 3, giugno 1999, pp. 75-80
Carmichel L.E., *Response of puppies to canine-origin parvovirus vaccines*, "Med. Vet. Pract.", 1984, vol. 65, pp. 99-102
Cavirani S., *Il virus respiratorio sinciziale bovino*, (in) "Praxis vet.", n. 4, 1996
Dawson S., *Inconvenienti legati alla vaccinazione contro le infezioni respiratorie virali nel gatto*, (in) "Veterinaria", anno 9, n. 1, marzo 1995
Dawson S., *Effect of primary stage feline immunodeficiency virus infection on subsequent feline calicivirus vaccination and challenge in cats*, (in) "AIDS", 1991, vol. 5, pp. 747-750
Hoare S., *Immunogenicità di un vaccino a virus vivo*, (in) "Notiziario farmaceutico Veterinario", Marzo 1995, pp. 35-40
Jungbaeck C., *L'approccio corretto all'impiego dei vaccini*, (in) "Der Praktische Tierarzt", 1990, vol. 9
Kimman S., (in) "American Journal. Vet. Res.", 1989, vol. 50, pag. 694

LORENZO ACERRA

VACCINAZIONI

Quando, come e perché ricorrere alle

ISTRUZIONI PER L'USO

DIRITTO D'INFORMAZIONE

41863

C'è un criterio per scegliere quando usare i vaccini oppure si possono usare sempre?
E cosa possono causare?
Cosa succede se non ci vacciniamo?
Queste e altre domande trovano risposta in queste pagine.
Dopo una panoramica storica sulle epidemie del passato, si spiega come cambia la suscettibilità alle malattie infettive, cosa ci si deve aspettare dall'immunità artificiale e cosa dall'immunità naturale, quali sono le caratteristiche delle malattie infettive di oggi, come e se è possibile preparare l'organismo alle vaccinazioni, quali sono i passi per una corretta procedura di vaccinazione, cosa si può fare, oltre ai vaccini, per combattere le malattie infettive, come interpretare e gestire le reazioni individuali, i motivi per vaccinarsi, i motivi per non vaccinarsi.

C.M. 29980S
ISBN 88-440-2490-6
9 788844 024901
€ 9,50